

LÍGIA ISABEL CONDEÇO BALBINO MANUEL

**PERTURBAÇÕES ALIMENTARES, A ANSIEDADE E
A PERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, EM
CONTEXTO ACADÉMICO**

Orientador: José de Almeida Brites

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

LIGIA ISABEL CONDEÇO BALBINO MANUEL

**PERTURBAÇÕES ALIMENTARES, A ANSIEDADE E
A PERCEÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, EM
CONTEXTO ACADÉMICO**

Dissertação defendida em provas publicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 8 de Julho de 2016 com o Despacho Reitoral nº 195/2016 com a seguinte composição:

Presidente - Professora Doutora Bárbara Gonzalez

Arguente - Professora Doutora Cristina Camilo

Orientador - Professor Doutor José de Almeida Brites

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Agradecimentos

Finalizada uma etapa particularmente importante da minha vida, não poderia deixar de expressar o meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram e encorajaram nesta caminhada, especialmente aos meus Pais, Marido e Filhos agradeço pelo amor incondicional, pelo apoio nos momentos mais difíceis e na coragem que sempre me transmitiram, para que nunca perdesse o ânimo e a força, para poder finalizar tudo aquilo a que me propus.

Ao Professor Doutor José de Almeida Brites, o meu agradecimento pelo seu profissionalismo e dedicação, por toda a disponibilidade, atenção dispensada, compreensão que sempre manifestou, um Muito Obrigado!

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os meus amigos que comigo colaboraram, incentivaram e ajudaram na recolha da minha amostra, e aos colegas de mestrado, pelos momentos de entusiasmo partilhados em conjunto no percorrer deste percurso.

Resumo

As perturbações alimentares são enfermidades das sociedades desenvolvidas, resultantes de uma interação complexa de fatores psicológicos, biológicos e socioculturais que afetam maioritariamente o sexo feminino. O objetivo primordial deste estudo é investigar as Perturbações Alimentares, cada vez mais presentes na nossa sociedade, e perceber como é que é percecionada a imagem corporal pelo sujeito, com e sem este tipo de perturbações, em contexto académico. A amostra deste estudo foi constituída por 130 participantes de ambos os sexos, 28 homens e 102 mulheres, que foram agrupados em três grupos – Sem Compulsão Alimentar ($N=113$), com Compulsão Alimentar Moderada ($N=12$) e com Compulsão Alimentar Grave ($N=5$). O protocolo de avaliação foi composto por um questionário de dados sociodemográficos e por quatro escalas de avaliação. Os resultados mostraram que os indivíduos que apresentam uma maior preocupação corporal e elevada insatisfação com sua imagem corporal, podem ficar mais suscetíveis ao desenvolvimento de perturbações alimentares.

Palavras-chave: Perturbações Alimentares; Insatisfação com a Imagem Corporal; Perceção da Imagem Corporal; Compulsão Alimentar.

Abstract

Eating disorders are diseases of developed societies, result from a complex interplay of psychological, biological and sociocultural factors that mostly affect women. The primary objective of this study is to investigate more about the Eating Disorders, quite frequent in our society and understand how body image is perceived by the subject, with and without this type of disruption in academic context. The sample for this study was composed by 130 participants of both genders, 28 men and 102 women, who were divided into three groups - No Binge Eating ($N = 113$) with moderate binge eating ($N = 12$) and Severe Binge Eating ($N = 5$). The evaluation protocol was composed of two parts, a demographic questionnaire and four rating scales. Results showed that individuals with a higher Body concern and dissatisfaction with their body image may become more susceptible to the development of eating disorders.

Key Words: Eating Disorders; Dissatisfaction with Body Image; Perception of Body Image; Binge Eating.

Abreviaturas

BSQ - Body Shape Questionnaire

CAP - Compulsão Alimentar Periódica

CBT-E - Cognitive Behavioral Therapy-Eating Disorders

EAT - Teste de Atitudes Alimentares

ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

DSM- 5 - Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, 5ª Edição

IBM - International Business Machines

OMS - Organização Mundial de Saúde

SOE - Sem outras especificações

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

Índice

Introdução	9
Parte I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1 Imagem Corporal	12
1.2 Conceitos de Anorexia e Bulimia Nervosa	13
1.3 Perturbações Alimentares e a População Universitária	16
1.4 Compulsões Alimentares	17
1.5 Terapias Cognitivo Comportamentais	19
1.6 Relações Familiares	19
1.7 Modelos Empiricamente Validados	20
1.8 Insatisfação e Distorção da Imagem Corporal	21
Parte II – MÉTODO	25
2.1 Participantes	26
2.2 Hipóteses de Investigação	28
2.3 Medidas	29
2.3.1 Questionário de dados sociodemográficos	29
2.3.1 Ansiedade e Depressão_HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	29
2.3.3 Perceção da Imagem Corporal_BSQ - Body Shape Questionnaire	29
2.3.4 Compulsão Alimentar Periódica_ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica	30
2.3.5 Atitudes Alimentares_EAT – 26 - Teste de Atitudes Alimentares	31
2.4 Procedimentos.	31
Parte III – RESULTADOS	33
3. Diferença de Médias	34
Parte IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
CONCLUSÃO	39
Referências	43
ANEXOS	51
Anexo 1 - Protocolo de Investigação	52

Índice das Tabelas

Tabela 1. Caraterização Sócio - Demográfica da Amostra por Grupo de Compulsão Alimentar	27
Tabela 2. Análise de Variância (Anova) entre as variáveis psicológicas estudadas por grupo de Compulsão Alimentar	35

Introdução

O modelo de beleza imposto pela sociedade atual corresponde ao corpo magro, não levando em consideração os aspetos relacionados com a saúde e as diferentes constituições físicas da população. Esse padrão distorcido de beleza acarreta números cada vez maiores de mulheres que se submetem a dietas para controlo de peso, ao excesso de exercícios físicos e ao uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e drogas anorexigénias (Oliveira & Bosi, 2003).

O ideal do corpo perfeito preconizado pela nossa sociedade e veiculado pelos média leva as mulheres à insatisfação crónica com o seu corpo, culpando-se, muitas vezes, por alguns quilos a mais, ou adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias ingeridas em excesso, na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente (Andrade & Bosi, 2003).

Sendo um fenómeno que é transversal a toda a sociedade, a sua incidência é mais acentuada em determinadas classes, das quais os jovens representam uma parte substancial. Por outro lado, verifica-se que o final do século XX e início do século XXI são épocas marcadas pelo culto ao corpo. Há uma busca pelo corpo perfeito realizada de maneira obsessiva, transformando-se num estilo de vida para muitas pessoas, especialmente para mulheres das classes médias urbanas (Castilho, 2001). Esse processo leva frequentemente a situações anómalas, com a adoção de comportamentos desregrados e prejudiciais à saúde, dos quais emergem em primeiro plano os que estão ligados às perturbações alimentares. A imagem corporal está assim sujeita a um conjunto de valores culturalmente definidos, dos quais os indivíduos não se conseguem libertar, e a insatisfação daí resultante leva-os muitas vezes a adotar comportamentos que entram claramente pelo terreno da patologia, sem que muitas vezes os portadores destes quadros disso se apercebam (Stenzel, 2006).

As perturbações alimentares surgem deste modo em primeiro plano, como um dos meios mais frequentemente utilizados na procura dum corpo perfeito, de acordo com os padrões social e culturalmente definidos, mesmo que essa procura seja irrealista e desajustada (Morgan et al., 2002). Sendo particularmente evidentes entre os jovens, e dentro destes, assumindo especial relevância no sexo feminino, constituem hoje um dos principais focos de preocupação de todos os que se debruçam sobre esta área, até porque os

números que possuímos na atualidade não dão mostras de estarem a apresentar uma redução, mostram antes tendência para se manterem e, mesmo nalguns casos a aumentar.

Neste trabalho, irei prestar particular atenção às questões ligadas à imagem corporal, às distorções de que esta é alvo, às principais causas que para isso contribuem, bem como às perturbações alimentares mais frequentemente associadas a este fenómeno.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Imagem Corporal

A imagem corporal pode ser definida como uma ilustração que se tem na mente acerca do tamanho, da aparência e da forma do corpo, sustentada por dois componentes: o perceptivo, que corresponde as imagens construídas na nossa mente, e o atitudinal, que engloba os pensamentos e sentimentos em relação ao corpo (Slade, 1994).

A história da imagem corporal iniciou-se no século XVI, em França, com o médico e cirurgião Ambroise Paré. Porém, a maior contribuição nesta área deveu-se ao psiquiatra Paul Schilder, a partir de 1935 (Barros, 2005), tendo a partir da década de 90, o tema sido abordado de forma mais intensiva por diversos investigadores, do que resultou, entre outros factos, numa rede mais alargada de opções metodológicas para a avaliação da imagem corporal (Barros, 2005).

Para Fischer (1990), Hart (2003), Schilder (1999) e Tavares (2003), a imagem corporal é um constructo que engloba as percepções do indivíduo sobre si mesmo e sobre a relação que ele mantém com os outros. Nesta medida, as demais funções como o esquema corporal, a lateralidade e as noções espaciais e temporais seriam todas componentes da imagem corporal. Na medida em que estas noções constituem o indivíduo na sua trama relacional elas estariam na dimensão formacional, compondo assim a imagem que o indivíduo tem de si a partir das suas percepções acerca da estrutura corporal, da aparência e da percepção que tem de como os outros o veem. Stenzel (2006) acrescenta que a imagem corporal pode ser considerada uma conceção interna e subjetiva sobre o próprio corpo, sendo uma experiência psicológica multifacetada, que, na verdade, não se refere exclusivamente à aparência do corpo, nem tão pouco podendo ser considerada produto exclusivo da atividade intrapsíquica.

Um sentimento negativo com a imagem corporal na maioria das vezes pode ser desencadeado por meio de dois mecanismos primários: comparação da aparência dos jovens entre si e a internalização de um modelo ideal de magreza (Van den Berg et al., 2002). Geralmente, indivíduos com alta insatisfação com a sua imagem corporal podem ficar mais suscetíveis ao desenvolvimento de perturbações alimentares, além de estarem mais sujeitos a praticar dietas inadequadas e a abusar do exercício, o que prejudica a qualidade de vida (Van den Berg et al., 2002).

A insatisfação corporal é assim uma componente da dimensão atitudinal da imagem corporal e pode ser compreendida como uma avaliação negativa que o sujeito faz em relação à sua aparência física (Garner & Garfinkel, 1981). As experiências vivenciadas pelo indivíduo criam um referencial do seu corpo, e essa representação é reconstruída ao longo da vida (Slade, 1994).

Algumas pesquisas mostram que os jovens estão cada vez mais vulneráveis a mudanças de comportamento devido à proximidade com a vida adulta e ao ingresso no meio universitário, que proporciona novas relações sociais (Vieira et al., 2002).

As perturbações alimentares estão associadas à perceção corporal, levando em consideração o desejo de algumas adolescentes procurarem ter um corpo semelhante aos exibidos pelos média, tendo em vista a magreza como padrão de beleza (Rodrigues et al., 2005) e podem ser observadas nas modificações do comportamento alimentar que atingem principalmente mulheres jovens, adolescentes e atletas (Freitas & Carvalho, 2006). Na sociedade pós-moderna, o ideal cultural de corpo é atlético, musculoso, magro e belo, e muitas vezes vive-se numa busca incessante por um corpo dito perfeito. Em consequência, muitas pessoas se envolvem, mesmo que involuntariamente, em distúrbios dismórficos corporais (Silder, 1999).

1.2 Conceitos de Anorexia e Bulimia Nervosa

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa, estão intimamente relacionados por apresentarem uma psicopatologia comum, ou seja, uma preocupação exagerada com o peso e com a imagem corporal, o que leva os indivíduos que sofrem destas perturbações a tentarem chegar a um corpo idealizado através de métodos inadequados, optando por dietas exageradamente restritivas (Claudino & Borges, 2002).

A anorexia nervosa é uma perturbação alimentar representada pela distorção na maneira como o indivíduo avalia a forma, o peso e o tamanho do seu corpo (imagem corporal). Somado à distorção de imagem corporal, há medo mórbido de engordar e recusa alimentar. Para perder peso, o indivíduo submete-se a longos períodos de jejum ou restrição alimentar. Uso de inibidores de apetite, laxantes, diuréticos e atividade física também pode

ocorrer, outro sinal importante no sexo feminino é a presença de amenorreia ou diminuição da libido no sexo masculino (Assunção et al., 2002).

Segundo o DSM-5 (2013), a Anorexia Nervosa caracteriza-se pela recusa em manter um peso normal mínimo, pelo medo intenso em ganhar peso e da significativa perturbação da perceção do tamanho e formas corporais. Para além disso, as adolescentes e mulheres após menarca têm amenorreia. A pessoa mantém um peso corporal abaixo do nível normal mínimo para a idade e altura. Habitualmente a perda de peso é conseguida inicialmente através de redução da quantidade total de alimentos, utilizando uma dieta muito restritiva limitada a poucos alimentos, que consideram ter pouco valor calórico. Os métodos adicionais de perda de peso incluem métodos purgativos (vómitos, abuso de laxantes ou diuréticos) e aumento ou excesso de exercício físico. No que respeita à prevalência, a Anorexia Nervosa ao longo da vida é, nas mulheres de aproximadamente de 0,5%. Pessoas com Anorexia Nervosa subclínica (perturbação alimentar sem outra especificação) são mais comuns. A sua prevalência nos homens é aproximadamente igual a um décimo da das mulheres. A sua prevalência parece ter aumentado nas últimas décadas. Esta perturbação tem o seu início típico entre o meio e o fim da adolescência (14 e os 18 anos). O início raramente ocorre nas mulheres com mais de 40 anos e pode estar associado com um acontecimento de vida stressante. Algumas pessoas recuperam completamente após um único episódio, outras exibem um padrão flutuante de ganhos ponderais seguidos de recaídas e outras ainda têm uma evolução deteriorante crónica por muitos anos. Com o tempo, mais ou menos 5 anos após o início, uma proporção significativa de sujeitos com Anorexia Nervosa, de tipo restritivo, desenvolve ingestão maciça, indicadora de uma mudança para o tipo ingestão compulsiva/ tipo purgativo. A hospitalização pode ser necessária para restabelecer o peso e o equilíbrio hidro eletrolítico. A mortalidade a longo prazo das pessoas internadas em hospitais universitários é de 10% sendo que a morte ocorre, na maioria dos casos, por inanição, suicídio e alterações hidro eletrolítica (APA, 2013).

A anorexia nervosa quando instalada na pré-puberdade, pode ocasionar um atraso a vários níveis, nomeadamente na maturação sexual, desenvolvimento físico, qualidade do crescimento e estatura abaixo da esperada (Vilela et al., 2004).

Por sua vez, a bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controlo, os chamados episódios bulímicos, os quais são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína (Fairburn, 1995; Hethrington & Rolls, 2001).

O principal aspeto da bulimia nervosa consiste na presença de episódios bulímicos, com relatos de ingestão média de três a quatro mil calorias por episódio, tendo já sido descritos episódios com uma ingestão de até 20 mil calorias (Mitchell et al., 1998).

As premissas psicológicas envolvidas nesta prática comportamental, baseiam-se na ideia de que “ser magra é o mesmo que ser atraente, ter sucesso ou ser feliz”. Esta procura não se dá apenas pela causa corporal, sendo assim comum encontrar pacientes com bulimia nervosa a exibirem atitudes desorganizadas, não apenas nos seus hábitos alimentares, mas também a nível do seu estilo de vida (Abreu, 2003), sendo uma das possíveis causas envolvidas na etiologia deste quadro a própria desorganização pessoal. Alguns clínicos chegam a suspeitar que a tentativa de regulação e controlo da alimentação seja uma tentativa (ainda que fracassada) de ordenação e estabilidade da vida do próprio indivíduo (Abreu, 2003).

Os pacientes com bulimia nervosa apresentam uma série de pensamentos e emoções desadaptativas a respeito dos seus hábitos alimentares e do seu peso corporal. De uma maneira geral, o autor afirma que as pacientes com bulimia nervosa apresentam uma autoestima variável, fazendo-as acreditar que uma das maneiras de resolver os problemas de insegurança pessoal é através de um corpo bem delineado e, para alcançar esse objetivo, acabam por desenvolver dietas impossíveis de serem seguidas, por outras palavras, procuram resolver um problema emocional através da adoção de estratégias imperativas de emagrecimento, desenvolvendo atitudes radicais baseadas na ideia de que ser magra é um dos caminhos mais curtos para se obter a felicidade. Creem, de forma errada, que ter o controlo das suas medidas lhes proporcionará uma condição de segurança emocional. Como é impossível manter-se sob uma condição drástica de regime por longos períodos (tornando a redução calórica um processo ainda mais severo), os desequilíbrios alimentares

acontecem após períodos de longo jejum, resultando em episódios de ingestão de alimentos de forma compulsiva, caracterizados por um descontrolo total e que só pode ser compensado pelo uso de laxantes, diuréticos, prática excessiva de exercícios ou mesmo vômitos autoinduzidos (Abreu, 2003). Ainda segundo este autor, esta sensação de desconforto leva os sujeitos a um tipo de purgação, após estes períodos, e a retoma da condição de restrição calórica é iniciada. O resultado, inevitavelmente, é uma nova queda marcada pelo descontrolo e um sucessivo período de purgação, sendo esta oscilação emocional é um dos fatores que caracteriza os quadros de bulimia nervosa (Abreu, 2003).

Os bulímicos geralmente não escondem o seu comportamento alimentar, ao contrário daqueles que apresentam anorexia nervosa, embora só procurem ajuda especializada muito tempo após o início da doença, por se sentirem envergonhados e receosos (Alvarenga et al., 2004). Entre as complicações mais comuns da bulimia nervosa podemos encontrar a erosão do esmalte dentário, hipotensão, distúrbios eletrolíticos e diminuição da taxa do metabolismo basal (Vilela et al., 2004), além das queixas de fraqueza, cansaço fácil e diarreia causada pelo uso abusivo de laxantes (Alvarenga et al., 2004).

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa, não são doenças novas. Apesar de serem consideradas síndromes das sociedades ocidentais modernas, há registos esporádicos de patologias similares às perturbações alimentares datados de vários séculos atrás, embora seja inegável que a prevalência dessas doenças tem vindo a crescer de forma significativa, tendo a incidência praticamente duplicado nas últimas duas décadas (Morgan et al., 2002), sendo o ideal de magreza vigente nestas sociedades entendido como um dos fatores culturais centrais que contribuiriam para o aumento destes distúrbios na pós-modernidade (Hercovici & Bay, 1997).

Segundo Cordás et al., (2004), cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino, com maior incidência nos indivíduos da raça branca e pertencentes às classes socioeconómicas média e alta, de forma semelhante ao que acontece na bulimia, onde as percentagens são semelhantes. Para Fernandes (2006), os primeiros estudos epidemiológicos confirmavam a prevalência das perturbações alimentares em mulheres, tanto na anorexia quanto na bulimia.

1.3 Perturbações Alimentares e a População Universitária

Segundo Vitolo e colaboradores (2006), foi verificado que a população universitária é um terreno privilegiado para estudos sobre as perturbações alimentares. Assim, e de acordo com a literatura, as perturbações alimentares parecem estar a ganhar espaço no meio académico, sendo importante entender a sua etiologia para que sejam realizadas ações voltadas para a prevenção e para que os casos não atinjam proporções epidémicas (Dunker & Philippi, 2004). Assim, foram efetuadas diversas pesquisas de forma a avaliar os hábitos alimentares de estudantes universitários, sendo observada, na sua maioria, uma baixa prevalência de alimentação saudável, com elevada ingestão de alimentos doces e gordurosos e baixa ingestão de frutas e hortaliças (Wardle, 1997).

Segundo Vieira et al., (2002), os maus hábitos alimentares de estudantes universitários poderão ser influenciados pelos novos comportamentos e relações sociais, sugerindo indícios de compulsão alimentar em alguns estudantes que, ansiosos, podem transformar a alimentação em válvula de escape para as situações de stress físico e mental. Por outro lado, Haberman & Luffey (1998), verificaram que muitos dos hábitos alimentares adquiridos durante os anos em que frequentaram as universidades prosseguem na idade adulta. Deste modo, as perturbações alimentares em universitários representam um grave problema e representam um assunto de saúde mental ainda não completamente compreendido (Reyes-Rodriguez et al., 2010).

É cada vez mais evidente o fato do estudante se encontrar em condições de vulnerabilidade no decorrer do seu percurso académico, o que pode levar, segundo Vitolo et al., (2006), à adesão de condutas normativas sociais devido à pressão social de adequação ao padrão de beleza, o qual tem sofrido inúmeras variações ao longo da história, sendo todas as culturas marcadas por modelos estéticos fortemente definidos (Hercovici & Bay, 1997).

1.4 Compulsões Alimentares

Nos vários desvios de comportamento que caracterizam uma Perturbação Alimentar, a Compulsão Alimentar evidencia-se pela descrição das condições psicológicas do indivíduo, apontando os estudos nesta área que o indivíduo portador deste distúrbio

sente vergonha do seu descontrolo alimentar, depressão e culpa decorrentes da sua compulsão (Vitolo et al., 2006).

Quanto aos aspetos da Compulsão Alimentar, Vitolo (2006) afirma que esta perturbação é caracterizada por uma maior ingestão de comida, em que o indivíduo sente a perda de controlo sobre os alimentos ingeridos, assim como as suas respetivas quantidades. Porém, segundo Azevedo et al., (2004), existem variações comportamentais destes indivíduos (tanto durante os episódios, como durante os intervalos entre eles), sendo o seu comportamento caracterizado como caótico, quando comparado com os comportamentos de bulímicos.

Desta forma, de acordo com Oliveira e Fonseca (2006), é possível compreender que o indivíduo que come impulsivamente apresenta dois elementos: o subjetivo e o objetivo. O primeiro refere-se ao sentimento de perda de controlo enquanto o segundo está relacionado com a quantidade de comida que é ingerida, sendo apontados alguns fatores psicológicos no desencadeamento das compulsões, como frustração, solidão, raiva, tédio, stress e ansiedade. Por exemplo, durante os episódios de stress, a produção de cortisol aumenta e este fato estimula a ingestão de alimentos e o ganho de peso (Azevedo et al., 2004), o que pode traduzir o fato de o indivíduo portador de compulsão alimentar utilizar a comida como mecanismo de compensação.

Em relação à imagem corporal dos indivíduos que comem compulsivamente, alguns estudos efetuados pelos autores, apontam que mulheres portadoras desta perturbação sentem uma maior insatisfação corporal e avaliam a sua aparência de um modo mais negativo do que as mulheres não-portadoras (Azevedo et al., 2004). Em geral, os indivíduos com compulsão alimentar preocupam-se muito com sua aparência corporal e possuem uma autoestima mais baixa em relação às pessoas que estão acima do peso, mas não são portadoras da perturbação (Azevedo et al., 2004; Vitolo et al., 2006).

Os hábitos e práticas alimentares, como faz notar Serra (2001), são construídos com base em determinações socioculturais. Neste sentido, a economia é um dos aspetos mais influentes, tendo sempre existido uma contradição entre a oferta de alimentos e as formas corporais femininas que são valorizadas. Assim, em épocas nas quais os alimentos são escassos, a imagem feminina robusta é sinal de poder e opulência, enquanto em períodos

nos quais os alimentos são oferecidos em abundância, como atualmente, a magreza representa autodisciplina e sucesso (Carreteiro, 2005; Hercovici & Bay, 1997; Serra, 2001).

Devido à sua complexidade, as Perturbações Alimentares devem contar com uma abordagem multidisciplinar, visto que os fatores que contribuem para o seu aparecimento e manutenção são de origem diversa (Carreteiro, 2005). O foco do tratamento aplicado a indivíduos com Perturbações Alimentares mudou ao longo da história. As primeiras abordagens terapêuticas estavam relacionadas com a supervisão médica, com o intuito da reposição do peso corporal. Somente a partir do século XX é que surgiram as primeiras variantes de psicoterapia psicodinâmica, e mais tarde desenvolveram-se as técnicas específicas e tratamentos voltados para a redução dos sintomas, sendo exemplo disso a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Quanto ao tratamento farmacológico, surgiu paralelamente ao desenvolvimento de técnicas psicoterapêuticas (Bacaltchuk & Hay, 2004).

1.5 Terapias Cognitivo Comportamentais

Segundo Nunes e Abuchaim (2008), a utilização das TCC nas Perturbações Alimentares foi inicialmente proposta por Fairburn em 1981, tendo como objetivo inicial ajudar o paciente a adquirir um controlo comportamental sobre os seus hábitos alimentares, para que então se pudessem alterar as atitudes desadequadas em relação à alimentação, ao peso e à forma corporal.

De acordo com diversos estudos efetuados por Nunes e Abuchaim (2008), o tratamento com base na TCC, de forma geral, tem início com ênfase no controlo da conduta alimentar alterada, prescrição de um esquema alimentar e tentativa de utilização de uma lista de comportamentos alternativos. Outro aspeto relevante é a informação e a consciencialização da doença, bem como dos riscos que a ela estão associados, quer para o paciente como para a sua família. Durante o processo terapêutico é realizada uma reestruturação cognitiva, por meio da correção das crenças e distorções que os pacientes têm em relação ao seu peso e à forma corporal (Nunes & Abuchaim, 2008).

Segundo Fairburn (2008), a CBT-E (Cognitive Behavioral Therapy - Eating Disorders) é um modelo de tratamento empiricamente validado, o qual foi concebida para adultos, mas pode ser também utilizada em jovens de ambos os sexos. A CBT-E constitui-

se por 4 fases e 20 sessões, sendo cada fase caracterizada por objetivos específicos, e tem vindo a apresentar bons resultados. Ainda no que respeita à TCC aplicada aos distúrbios alimentares, mais especificamente à Anorexia, diversos estudos realizados referem a importância da estrutura familiar nesta problemática (Eiger, 1985; Wagner, 2004).

1.6 Relações Familiares

No que se refere às relações familiares, a associação entre anorexia e processos psíquicos pode ser constatada em diferentes gerações de uma mesma família (Benghozi, 2010). Essa consideração evoca os postulados teóricos acerca da transmissão psíquica entre gerações, que entendem a família como um espaço psíquico comum, que possibilita os processos de construção, organização e transformação dos vínculos e dos conteúdos emocionais que são transmitidos de uma geração a outra (Almeida, 2010; Eiger, 1985). Deste modo, tanto os aspetos adaptativos (vinculados à sobrevivência) como os disfuncionais (relacionados ao desencadeamento de psicopatologias, por exemplo) podem ser transmitidos, ao nível inconsciente, de uma geração a outra do grupo familiar (Wagner, 2004).

Assim, tem sido apontada a necessidade de intervenções que incluam a família e a questão da saúde mental do grupo familiar (Oliveira, 2006; Souza, 2007).

Para Minuchin e Fishman (1981), os sintomas nas Perturbações Alimentares são considerados como uma das expressões metafóricas sobre as dificuldades de comunicação, e dos conflitos, entre os membros de uma família. Já para Lock e colaboradores (2010), obtêm-se dados esclarecedores através da família, pois esta permite um aprofundamento na relação do paciente, grupo familiar e social, em relação as Perturbações Alimentares e a obesidade. De acordo com vários autores (Lane, 2002; Polivy, 2002; Souza, 2007), as características dessas famílias são descritas como emaranhadas, super protetoras, rígidas e com dificuldades na resolução de conflitos. No entanto, nas TCC somente o indivíduo é levado em consideração, sendo assim importante referenciar, a existência de um modelo de abordagem sistémica, para que seja perceptível as diferenças entre os diversos tipos de abordagens.

1.7 Modelos Empiricamente Validados

O modelo de tratamento empiricamente validado Family-based Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa: The Maudsley Approach, desenvolvido por Grange e Lock (2005), é caracterizado por ser um tratamento intensivo onde os pais desempenham um papel ativo e positivo a fim de ajudar os seus filhos a restaurar o peso normal, devolver o controlo da comida ao adolescente e incentivar o seu desenvolvimento normal, através de um debate aprofundado das questões de desenvolvimento cruciais inerentes a esta faixa-etária. Esta abordagem passa por três fases: recuperação do peso, devolver o controlo da comida ao adolescente e por fim, a criação de uma identidade saudável do adolescente, o tratamento tem uma duração aproximada de 12 meses e conta com 15 a 20 sessões. Uma das suas limitações é que não deve ser aplicado a pacientes graves (e.g. com ideações suicidas, perturbações da personalidade ou abuso de drogas) (Cordás et al., 2003).

A maioria dos estudos acerca das perturbações alimentares concorda que a psicoterapia familiar abriu novas perspetivas nos tratamentos de pacientes com perturbações alimentares (Cobelo et al., 2004). O trabalho conjunto de uma equipa multidisciplinar trouxe um complemento importante ao tratamento, abordando vários aspetos e considerando o carácter multifatorial do distúrbio.

Podemos então afirmar que a família possui uma função de grande importância no tratamento das perturbações alimentares, sendo fundamental unir família e paciente para se encontrarem alternativas variadas para que possam reconstruir as suas vivências e, assim, libertar-se de padrões de comportamentos diferenciais e inadequados (Cobelo et al., 2004; Dodge et al., 1995).

1.8 Insatisfação e Distorção da Imagem Corporal

A observação da evolução dos padrões estéticos demonstra, a partir dos anos 60 (com auge na atualidade), a construção de uma imagem feminina esquelética, materializada nas manequins e modelos, que vêm assumindo antropometrias cada vez menores. No começo dos anos 80, o incremento da busca pela magreza já podia ser percebido com clareza (Andrade & Bosi, 2003). No mundo contemporâneo, a globalização e os média em todas as suas formas de expressão vêm desempenhando, como nunca antes, papéis

estruturantes na construção deste modelo (Serra, 2001). Personalidades, atrizes e modelos esbeltas, com alta estatura e musculatura definida ditam o ideal corporal que “deve” ser seguido (Carreteiro, 2005). O preconceito contra a obesidade é muito intenso, e a magreza é ligada à imagem feminina de sucesso, perfeição, competência, autocontrole e atratividade sexual (Andrade & Bosi, 2003). Pesquisas realizadas pelos autores, em diversas culturas confirmam a existência de uma relação entre a exposição aos média e as desordens alimentares. Estudos americanos e europeus indicam que 70% das mulheres sentem-se com sobrepeso, embora sejam normais ou magras (Hercovici & Bay, 1997). Compreende-se assim que o sexo feminino, de maneira geral, é muito vulnerável à aceitação das pressões sociais, económicas e culturais associadas aos padrões estéticos. A sociedade rejeita, discrimina e reprova pessoas obesas (Fiates & Salles, 2001).

A insatisfação com a imagem corporal aumenta à medida que os média expõem belos corpos, facto que nas últimas décadas tem provocado uma compulsão a buscar a anatomia ideal (Damasceno et al., 2006). Entre os distúrbios da imagem do corpo, a distorção da imagem corporal configura-se como um distúrbio da dimensão perceptiva, o qual envolve o julgamento do tamanho do próprio corpo (Thompson, 1996).

As perturbações alimentares assumem um viés de distorção da imagem corporal, uma vez que tanto na anorexia quanto na bulimia, por exemplo, ocorre uma preocupação excessiva com o peso e a forma física. Mesmo assim, segundo Stenzel (2006), há diferenças significativas na distorção da imagem corporal quando se comparam as duas perturbações. Na anorexia, a distorção auto perceptiva sobre o peso e a forma do corpo é mais grave do que no caso de bulimia, pois o paciente pode negar o baixo peso ou julgar-se ou perceber-se mais gordo do que de fato está. Assim, segundo Stenzel (2006), o nível de insatisfação com o peso e a forma do corpo é maior na bulimia, pois os pacientes sentem-se mais distantes do “peso ideal”, fantasiosamente estabelecido por eles.

De acordo com diversos estudos, realizados por Rivarola & Penna (2006), sobre os fatores socioculturais e a sua relação com as perturbações nutritivas e a imagem corporal, os resultados mostraram que o impacto sociocultural sobre a forma do corpo do modelo estético da magreza está intimamente relacionado aos distúrbios alimentares e a imagem corporal. Porém, para Fernandes (2006), por mais que se associem as perturbações

alimentares com «síndromes ligadas à cultura», neste caso a sociedade ocidental, os estudos transculturais desde a década de 1990, mostram evidências da presença destes distúrbios mesmo em sociedades orientais e nas menos desenvolvidas.

De acordo com vários autores (Moradi et al., 2005; Morgan et al., 2002), é importante considerar a etiologia multifatorial das perturbações alimentares. Os aspetos de personalidade, de acordo com a opinião de diversos autores, mostram-se importantes no desenvolvimento das perturbações alimentares, estando, por exemplo, a insatisfação corporal associada à depressão (Santos et al., 2007) e a uma baixa autoestima (Mcvey et al., 2007; Chen et al., 2007).

De forma geral, os homens estão mais satisfeitos com seu corpo e percebem-no com menos distorção (Pinzon & Nogueira, 2004). A maioria considera o corpo mais musculoso como representação da imagem corporal masculina ideal (Assunção, 2002), ao contrário das mulheres, que estão mais preocupadas com o peso (Melin & Araújo, 2002).

De acordo com a opinião de diversos autores, a perturbação da imagem corporal surge em dois fatores distintos: a perturbação da perceção e a insatisfação corporal. A perturbação da perceção envolve a inability de avaliar o tamanho e dimensão exata do corpo; a insatisfação corporal, envolve a parte afetiva e emocional, relacionada com a perceção do corpo e com a atitude. Estas duas formas de perturbação da imagem podem ocorrer juntas ou separadamente (Garner & Garfinkel, 1982).

A distorção da imagem corporal é um dos grandes fatores desencadeadores da insatisfação corporal. Em muitos casos as distorções da imagem corporal não somente desencadeiam uma grande insatisfação corporal, como em muitos casos acabam por influenciar negativamente a autoestima. Em casos mais graves, provocam mudanças nos comportamentos alimentares, tais como bulimia, anorexia e obesidade mórbida, atualmente considerada por diversos cientistas, a doença do século (Gardner et al., 1999).

A insatisfação corporal está ligada diretamente com uma restrição dietética e a afetividade negativa, o que, por sua vez, está associado a um aumento da probabilidade das perturbações alimentares. Alguns estudos de acordo com a opinião dos autores, têm demonstrado que a insatisfação corporal está fortemente correlacionada com a ingestão, dando início ao desenvolvimento de um distúrbio alimentar (Lew et al., 2007).

Para Kakeshita & Almeida (2006) é preocupante o fato de mulheres mesmo com peso adequado para a estatura desejarem pesos ainda menores. Certamente essa distorção de imagem corporal baseia-se nos meios de comunicação que privilegiam modelos de beleza que possuem peso para estaturas semelhantes ou próximos a pacientes portadores de distúrbios alimentares como bulimia e anorexia nervosa. Esses modelos de beleza divulgados pelos média exercem efeito sobre o comportamento e estabelecimento de hábitos alimentares entre meninas adolescentes (Kakeshita & Almeida, 2006). Ser magro é associado ao sucesso, poder e outros atributos superiores, e não apresentado apenas como um atrativo físico (Casotti et al., 1998).

Atualmente observa-se o crescimento de dietas e de comportamentos de risco, o que representa, individualmente, insegurança e insatisfação quanto ao corpo e, no coletivo, uma mudança rumo a novas formas de consciência da mulher. Mencionam-se as mulheres pois é com elas que ocorrem cerca de 90% dos casos, a quem o culto à beleza representa uma neurose moderna e coletiva que se espalha, em ritmo acelerado, de mulher para mulher. Associada ao padrão do corpo magro, são veiculadas as mensagens de sucesso, controlo, aceitação, conquistas de amor e estabilidade psicológica. Assim, a mulher acredita que, com a magreza, alcançará todas essas qualidades positivas, sendo a prática de dietas vendida como solução para todas as dificuldades. O padrão imposto como ideal não respeita os diferentes biótipos e induz as mulheres a se sentirem gordas e desejarem o emagrecimento. Para isso, iniciam dietas e aderem a práticas inadequadas de controlo de peso, tais como o fumar, provocar vômitos, usar laxantes, diuréticos e remédios para emagrecer. Portanto, a não-aceitação do corpo leva muitas mulheres a caírem na armadilha das dietas, sendo essa alienação quanto aos seus corpos apoiada pela indústria do emagrecimento, que perpetua os mitos acerca das dietas (Souto & Bucher, 2006).

O objetivo primordial deste estudo é avaliar e investigar mais acerca das Perturbações Alimentares, cada vez mais presentes na nossa sociedade, nomeadamente tentar compreender os níveis de ansiedade existentes, e perceber como é que de acordo com esses níveis é percecionada a imagem corporal pelo sujeito, com e sem este tipo de perturbações, em contexto académico.

PARTE II – MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram neste estudo 130 indivíduos de ambos os sexos, (28 homens e 102 mulheres), que foram agrupados em três grupos – Sem Compulsão Alimentar ($N=113$), com Compulsão Alimentar Moderada ($N=12$) e com Compulsão Alimentar Grave ($N=5$). A maior parte dos participantes era do sexo feminino ($N=102$), de nacionalidade portuguesa ($N=114$), de etnia Branca/Caucasiana ($N=112$) e de área urbana ($N=102$).

Relativamente às suas habilitações, o número de anos de escolaridade variou entre os 12 e os 19 (exceto no grupo com Compulsão Alimentar Grave em que variou entre 12 e 15). A maioria dos participantes sem Compulsão Alimentar trabalha, verificando-se o fenómeno inverso nos grupos com Compulsão Alimentar (ver Tabela 1).

Quanto ao nível socioeconómico, observou-se um predomínio de participantes da classe média ($N=94$). A nível das crenças religiosas, a maioria referiu ser católica ($N=79$) ou não ter qualquer crença ($N=40$).

Em termos do estado civil, verifica-se que a maior parte dos participantes ($N=79$) referiu ser casada, viver em união de facto ou ter uma relação.

O grupo dos participantes sem Compulsão Alimentar ($M=31,29$; $DP=11,06$) apresentou uma média de idades superior aos grupos com Compulsão Alimentar Moderada ($M=28,83$; $DP=8,51$) e com Compulsão Alimentar Grave ($M=22,20$; $DP=3,11$), não sendo contudo essa diferença significativa, $F^{(2,127)}= 1,933$, $p=.15$

Tabela 1. Caracterização Sócio - Demográfica da Amostra por Grupo de Compulsão Alimentar

	Sem Compulsão Alimentar (N=113)		Compulsão Alimentar Moderada (N=12)		Compulsão Alimentar Grave (N=5)		
	N	%	N	%	N	%	χ^2
Sexo							3.170
Masculino	22	16.9	5	3.8	1	0.8	
Feminino	91	70.0	7	5.4	4	3.1	
Habilitações Literárias							12.967
12 Anos	49	37.7	2	1.5	3	2.3	
13 Anos	7	5.4	2	1.5	0	0.0	
14 Anos	7	5.4	2	1.5	1	0.8	
15 Anos	13	10.0	3	2.3	1	0.8	
16 Anos	13	10.0	1	0.8	0	0.0	
17 Anos	10	7.7	0	0.0	0	0.0	
18 Anos	5	3.8	0	0.0	0	0.0	
+ 19 Anos	9	6.9	2	1.5	0	0.0	
Trabalha							5.239
Sim	59	45.4	3	2.3	1	0.8	
Não	53	40.8	9	6.9	4	3.1	
Nacionalidade							18.498*
Português	101	77.7	8	6.2	5	3.8	
Brasileiro	3	2.3	1	0.8	0	0.0	
Cabo-verdiano	6	4.6	0	0.0	0	0.0	
Angolano	2	1.5	3	2.3	0	0.0	
Canadiano	1	0.8	0	0.0	0	0.0	
Etnia							1.425
Asiática/Oriental	3	2.3	0	0.0	0	0.0	
Negra/Negroide	13	10.0	2	1.5	0	0.0	
Branca/Caucasiana	97	74.6	10	7.7	5	3.8	
Religião							1.912
Católica	68	52.3	8	6.2	3	2.3	
Protestante	3	2.3	0	0.0	0	0.0	
Judaica	3	2.3	0	0.0	0	0.0	
Muçulmana	2	1.5	0	0.0	0	0.0	
Nenhuma	34	26.2	4	3.1	2	1.5	
Outra	3	2.3	0	0.0	0	0.0	

(continua)

(continuação)								
	Sem Compulsão Alimentar (N=113)		Compulsão Alimentar Moderada (N=12)		Compulsão Alimentar Grave (N=5)			χ^2
	N	%	N	%	N	%		
Nível Socioeconómico Atual								
Classe Alta	0	0.0	4	3.1	0	0.0		
Classe Média-Alta	10	7.7	3	2.3	0	0.0		
Classe Média	86	66.2	5	3.8	3	2.3		
Classe Média-Baixa	16	12.3	0	0.0	2	1.5		
Classe Baixa	1	0.8	0	0.0	0	0.0		
Estado Civil							22.965	
Casado	32	24.6	1	0.8	0	0.0		
Separado	3	2.3	0	0.0	0	0.0		
Divorciado	9	6.9	2	1.5	0	0.0		
Viúvo	1	0.8	0	0.0	0	0.0		
União de facto	14	10.8	1	0.8	1	0.8		
Numa relação	27	20.8	3	2.3	0	0.0		
Em várias relações	3	2.3	2	1.5	2	1.5		
Sem ninguém	24	18.5	3	2.3	2	1.5		
Área de Educação Atual							3.219	
Rural	10	7.7	0	0.0	0	0.0		
Urbano	86	66.2	11	8.5	5	3.8		
Suburbano	17	13.1	1	0.8	0	0.0		
Alimentar	Sem Compulsão		Compulsão Alimentar		Compulsão			
	Alimentar		Moderada		Grave			
	M	DP	M	DP	M	DP		
F								
Idade	31.29	11.06	28.83	8.51	22.20	3.11	1.933	

Nota: * $p \leq .05$

2.2 Hipóteses de Investigação

Tendo em conta a investigação em estudo e o seu enquadramento teórico são colocadas as seguintes hipóteses:

H1 - É esperado que a presença da compulsão alimentar provoque níveis mais elevados de ansiedade e de depressão.

H2 - É esperado que exista uma maior prevalência de insatisfação com a percepção

da imagem corporal nos sujeitos com compulsão alimentar.

H3 - É esperado que o grau de perturbação alimentar (compulsão) influencie os níveis de ansiedade, depressão e perceção da imagem corporal.

2.3 Medidas

2.3.1 Questionário de dados sociodemográficos

O Protocolo de avaliação foi constituído por um questionário de dados sociodemográficos, onde era inquirido o sexo, a idade, as habilitações literárias, situação socioprofissional, a nacionalidade, etnia, filiação religiosa, nível socioeconómico, estado civil, com quem coabita o participante, e em que tipo de área urbana foi educado e atualmente vive.

2.3.2 Ansiedade e Depressão

A HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão é uma escala de auto avaliação que têm como objetivo detetar estados de ansiedade e depressão, selecionando apenas sintomas psicológicos, desenvolvida por Snaith e Zigmund (1983), foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999). É composta por duas subescalas, uma de ansiedade e outra de depressão, cada uma delas com 7 itens. Para cada item há quatro possíveis respostas, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 reflete menor gravidade e o valor 3 maior gravidade. As pontuações gerais indicam a presença ou ausência de sintomas: valores iguais ou inferiores a 8 não são valorizados, ≥ 9 são indicativos de ansiedade e depressão compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Os coeficientes de alfa de Cronbach variam segundo os autores entre 0,75 a 0,90 na subescala da ansiedade e entre 0,75 a 0,85 na subescala da depressão (McIntyre et al, 1999).

2.3.3 Perceção da Imagem Corporal

Foi utilizado o Body Shape Questionnaire (BSQ), (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Santos & Baptista, em 1997. Este questionário tem por objetivo avaliar as preocupações com a forma do corpo, auto depreciação, em razão da aparência física e da sensação de estar acima do peso. É um questionário auto aplicativo com 34 itens, cada um deles avaliado de acordo com um

formato de resposta numa escala tipo Likert de 6 pontos que varia em seis respostas alternativas: 1) Nunca, 2) Quase Nunca, 3) Às Vezes, 4) Regularmente, 5) Quase Sempre e 6) Sempre. O resultado poderá ser, nenhuma alteração de imagem corporal (somatório de 80), alteração leve de imagem corporal (somatório entre 81 a 110), alteração moderada de imagem corporal (somatório entre 111 a 140) e alteração grave de imagem corporal (somatório ≥ 141). As medidas psicométricas do BSQ são muito promissoras, e de acordo com a opinião dos autores (Santos & Baptista, 1997), esta escala é muito útil para pacientes com perturbações alimentares.

2.3.4 Compulsão Alimentar Periódica

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) é um instrumento auto aplicável, desenvolvido por Gormally et al., (1982), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Freitas e Appolinario, (2001). Apropriado para discriminar indivíduos obesos de acordo com a gravidade da Compulsão Alimentar Periódica (CAP). A escala foi construída em três etapas. Numa primeira etapa, foram definidas as características da CAP, originando um grupo de 16 itens. Destes, oito eram manifestações comportamentais e oito descreviam sentimentos e cognições relacionadas à Compulsão Alimentar Periódica (CAP). Numa segunda etapa, foram construídas afirmativas que refletiam a gravidade de cada característica, e a elas foram atribuídos pontos (de 0 a 3). Na terceira etapa, os entrevistadores utilizaram três dimensões para criar um critério externo de gravidade da Compulsão Alimentar Periódica (CAP): a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de Compulsão Alimentar Periódica (CAP). Esse procedimento resultou numa escala tipo Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do sujeito. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (“0”) até a gravidade máxima (“3”) da Compulsão Alimentar Periódica (CAP). O score final é o resultado da soma dos pontos de cada item. Sujeitos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem Compulsão Alimentar Periódica (CAP); com pontuação entre 18 e 26 são considerados com Compulsão Alimentar Periódica (CAP) moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com Compulsão Alimentar

Periódica (CAP) grave. Quanto às propriedades psicométricas, a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) apresentou uma consistência interna moderadamente alta: alfa de Cronbach = 0,85. Os autores (Freitas e Appolinario, 2001) concluem que a ECAP é útil na identificação de indivíduos sem Compulsão Alimentar Periódica (CAP) e também, numa primeira etapa, como ferramenta para rastrear indivíduos com graves problemas de Compulsão Alimentar Periódica (CAP), sendo assim uma boa medida para investigar as cognições relacionadas à alimentação e ao peso e para avaliar o sofrimento a elas associado.

2.3.5 Atitudes Alimentares

O EAT – 26 é um teste de atitudes alimentares, composto inicialmente por 40 itens, foi originariamente desenvolvido para avaliar atitudes e comportamentos típicos de pacientes com anorexia nervosa, proposto por Garner e Garfinkel (1979), foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Santos e Baptista, (1998), que propuseram uma versão resumida com 26 itens (EAT-26), apresentando grande correlação com a escala original ($r = 0,98$) e alta confiabilidade ($r = 0,90$) para o grupo com anorexia nervosa. A nova escala, além de bem menor, revelou-se mais simples e económica na sua aplicação. O EAT-26 é um instrumento de fácil manuseio e fornece um número de informações satisfatória, tornando-se assim segundo os autores, um teste psicométrico muito empregado em estudos epidemiológicos para rastrear indivíduos supostamente suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios de conduta alimentar, indicando a presença de padrões alimentares anormais, quando as respostas, numa escala de 0 a 78 pontos, atingem um *score* igual ou superior a 21 pontos (Garner et al., 1982). O EAT contém 26 questões fechadas abordando atitudes alimentares e as respostas assinaladas são: sempre (5 pontos), muito frequentemente (4 pontos), frequentemente (3 pontos), por vezes (2 pontos), raramente (1 ponto) e nunca (0 pontos). O *score* igual ou superior a 20 pontos indica os indivíduos supostamente suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios de conduta alimentar, além da presença de padrões alimentares anormais, não revelando, contudo, a possível psicopatologia subjacente ao comportamento manifesto (Córdas & Neves, 1999).

2.4 Procedimento

Foram devidos todos os esclarecimentos necessários sobre o objetivo do estudo, tendo sido referido a todos os participantes de que se tratava do preenchimento de um conjunto de questionários e escalas sobre atitudes e compulsões alimentares periódicas, e a preocupação com a forma corporal. Após tiradas todas as dúvidas existentes, foi aplicado o protocolo, que decorreu em contexto de sala de aula, durante os meses de Novembro de 2014 a Março de 2015. Todos os participantes foram informados que as questões eram anónimas, não existindo respostas certas ou erradas, e que a qualquer momento poderiam interromper o preenchimento do mesmo. À medida que finalizavam o preenchimento do protocolo de avaliação, os participantes efetuaram a entrega do mesmo em mão à investigadora.

Foi assim efetuada uma cuidada análise a todos os protocolos recolhidos, tendo sido excluídos todos aqueles que não se encontravam em conformidade e que não reuniam as condições necessárias para serem trabalhados. Em seguida, foram todos os dados introduzidos numa base de dados informatizada e efetuado o devido tratamento estatístico da informação através da IBM Statistical Package for Social Sciences Versão 21 (SPSS 21).

PARTE III – RESULTADOS

Comparação de Médias

Foi efetuada uma Análise de Variância tomando como fator o grau de Compulsão Alimentar, e como variáveis os valores obtidos nos instrumentos utilizados.

Assim, verificaram-se diferenças significativas a nível da Ansiedade, $F(2,127)=4,27$, $p=.017$, e da Depressão, $F(2,127)=4,234$, $p=.018$. A nível da Ansiedade, os três grupos diferenciaram-se de forma significativa entre si, com o grupo Sem Compulsão Alimentar ($M=12,23$; $DP=1,88$), a obter valores superiores aos grupos com Compulsão Alimentar Moderada ($M=11,08$; $DP=1,83$) e grave ($M=10,20$; $DP=3,27$), enquanto a nível da Depressão foi o grupo com Compulsão Alimentar Moderada ($M=11,17$; $DP=2,25$) que obteve resultados superiores aos outros dois grupos.

Quanto às Atitudes Alimentares, apenas na dimensão Controlo Oral se verificaram diferenças significativas entre os três grupos, $F(2,127) = 5,979$, $p=.004$, com o grupo Sem Compulsão Alimentar ($M=0,27$; $DP=0,28$) a obter valores significativamente mais elevados que os grupos com Compulsão Alimentar Moderada ($M=0,03$; $DP=0,06$) e com Compulsão Alimentar Grave ($M=0,04$; $DP=0,06$).

Na Compulsão Alimentar, avaliada através do ECAP não se observaram diferenças significativas entre os três grupos.

Quanto à Preocupação Corporal, observaram-se diferenças significativas entre os três grupos nas quatro dimensões consideradas. O grupo com Compulsão Alimentar Grave obteve sempre os valores médios mais elevados, seguido pelo grupo com Compulsão Alimentar Moderada, e por fim, o grupo Sem Compulsão Alimentar foi o que obteve resultados mais baixos. Na Auto perceção da imagem corporal, o grupo com Compulsão Alimentar Grave ($M=4,38$; $DP=1,26$) diferenciou-se significativamente dos grupos com Compulsão Alimentar Moderada ($M=2,74$; $DP=1,17$) e Sem Compulsão Alimentar ($M=2,17$; $DP=0,96$), que não apresentaram diferenças entre si. Nas restantes dimensões - Perceção da imagem corporal com os outros, Preocupação com a imagem corporal e Alterações severas na perceção da imagem corporal, os três grupos diferiram significativamente entre si, como se pode ver na Tabela 2.

Tabela 2. Análise de Variância (Anova) entre as variáveis psicológicas estudadas por grupo de Compulsão Alimentar

	Sem Compulsão Alimentar (N=113)		Compulsão Alimentar Moderada (N=12)		Compulsão Alimentar Grave (N=5)			
	M	DP	M	DP	M	DP	F	
Ansiedade e Depressão (HADS)								
Ansiedade	12.23 ^a	1.88	11.08 ^b	1.83	10.20 ^c	3.27	4.270*	
Depressão	9.43 ^a	1.93	11.17 ^b	2.25	9.60 ^a	2.07	4.234*	
Atitudes Alimentares (EAT)								
Dieta	.56	.59	.35	.31	.95	.48	2.060	
Bulimia e Preoc. Alimentares	.37	.31	.26	.31	.50	.36	1.151	
Controlo Oral	.27 ^a	.28	.03 ^b	.06	.04 ^b	.06	5.979**	
Compulsão Alimentar (ECAP)								
Atitudes Alimentares	11.35	9.67	6.42	5.84	15.60	8.32	2.120	
Escala Preocupação Corporal (BSQ)								
Auto percepção da imagem corporal	2.17 ^a	.96	2.74 ^a	1.17	4.38 ^b	1.26	13.097***	
Perceção da imagem corporal com os outros	1.74 ^a	.75	2.71 ^b	1.14	4.24 ^c	1.38	28.586***	
Preocupação com a imagem corporal	1.17 ^a	.43	2.05 ^b	.51 ^a	2.52 ^c	.58	41.600***	
Alterações severas na percepção da imagem corporal	1.19 ^a	.49	2.21 ^b	.81	3.20 ^{b c}	1.79	39.196***	

Nota: Índices diferentes correspondem a diferenças entre os grupos

Nota: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

PARTE IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O objetivo deste trabalho foi investigar as Perturbações Alimentares, para perceber até que ponto a sua presença e grau influenciam fatores como a ansiedade e depressão, bem como a percepção da imagem corporal pelo próprio sujeito, em contexto académico.

Assim, a primeira hipótese afirmava que era esperado que a presença da compulsão alimentar provocasse níveis mais elevados de ansiedade e de depressão foi confirmada. De facto, os grupos com compulsão alimentar apresentaram níveis significativamente superiores quer de ansiedade quer de depressão quando comparados com o grupo de controle, o que está de acordo com os resultados de outros trabalhos previamente efetuados (Azevedo et al., 2004; Oliveira & Fonseca, 2006).

Quanto à segunda hipótese, onde era esperada uma maior prevalência de insatisfação com a percepção da imagem corporal nos sujeitos com compulsão alimentar foi igualmente confirmada, já que nas diversas dimensões avaliadas, Percepção da imagem corporal com os outros, Preocupação com a imagem corporal e Alterações severas na percepção da imagem corporal se verificaram resultados significativamente diferentes entre os três grupos em estudo, tendo o grupo com Compulsão Alimentar Grave apresentado os resultados mais elevados nestas três dimensões, seguido pelo grupo com Compulsão Alimentar Moderada, enquanto o grupo Sem Compulsão Alimentar foi o que teve os valores médios mais baixos em todas estas dimensões. Na outra dimensão avaliada, a Auto percepção da imagem corporal, o grupo com Compulsão Alimentar Grave diferenciou-se de forma significativa dos grupos com Compulsão Alimentar Moderada e Sem Compulsão Alimentar. Estes resultados confirmam o facto já observado por vários autores (Abreu, 2003; Azevedo et al., 2004; Kakeshita & Almeida, 2006; Reyes-Rodriguez et al., 2010), em que verificaram maiores níveis de insatisfação com a imagem corporal nos indivíduos que apresentavam perturbação alimentar.

Por fim, na terceira hipótese, que afirmava que era esperado que os níveis de ansiedade, depressão e percepção da imagem corporal fossem influenciados pelo grau de perturbação alimentar (compulsão) também foi confirmada, uma vez que a análise comparativa dos dois grupos com Compulsão Alimentar mostrou que o grupo com Compulsão Alimentar Grave exibiu níveis significativamente superiores de ansiedade e depressão quando comparado com o grupo que tinha Compulsão Alimentar Moderada. O

mesmo se verificou relativamente a todas as dimensões que avaliavam a perceção com a imagem corporal, onde de forma sistemática o grupo com Compulsão Alimentar Grave se diferenciou significativamente do grupo com Compulsão Alimentar Moderada, o que é indicador que não só a presença de uma perturbação alimentar é um fator decisivo nestas variáveis, como para além disso, o grau de severidade dessa perturbação também influencia os resultados obtidos, como já tinha sido sugerido por Derenne & Beresin (2006), e por Kakeshita & Almeida (2006), os quais já tinham confirmado resultados de estudos anteriores (Gardner et al., 1999).

CONCLUSÃO

O objetivo primordial deste estudo foi investigar o efeito das Perturbações Alimentares na ansiedade, depressão e imagem corporal. Desta forma, tentou-se perceber como é que de acordo com o nível de ansiedade apresentado é percecionada a imagem corporal pelo sujeito, com e sem este tipo de perturbações, num contexto académico.

Pensasse que também ficou claro que o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar se deve à interação de diversos fatores, nomeadamente psicológicos, biológicos, familiares, socioculturais, bem como à vulnerabilidade individual do próprio sujeito.

As perturbações alimentares podem ser consideradas fenómenos pluridimensionais resultantes da interação de diversos fatores, caracterizando-se por uma preocupação intensa não só com o corpo, mas também com o peso, e com os alimentos.

A valorização da magreza e a pressão para emagrecer, associadas com fatores biológicos, psicológicos e familiares, geram uma preocupação com o corpo e um pavor patológico de engordar, os adolescentes tornam-se, muitas vezes, vulneráveis a essas pressões culturais, pois têm preocupações com um corpo e uma aparência em desenvolvimento. O adolescente tem em mente um corpo idealizado, e quanto mais esse corpo se distanciar do real, maior será a possibilidade de conflito, o que poderá gerar insatisfações com sua imagem corporal e até mesmo desencadear quadros de perturbações alimentares (Branco & Cintra, 2006).

As perturbações alimentares parecem estar a ganhar espaço no meio académico. Nesse sentido, notou-se que os fatores de risco são um desafio para os investigadores. Entender a etiologia das perturbações alimentares é importante para que sejam realizadas ações voltadas para a prevenção e para que os casos não atinjam proporções epidémicas (Dunker & Philippi, 2004).

Os maus hábitos alimentares de estudantes universitários poderão ser influenciados pelos novos comportamentos e relações sociais, sugerindo indícios de compulsão alimentar em alguns estudantes que, ansiosos, podem transformar a alimentação em «válvula de escape» para as situações de stress físico e mental (Vieira et al., 2002).

Geralmente, indivíduos com alta insatisfação com sua imagem corporal podem ficar mais suscetíveis ao desenvolvimento de perturbações alimentares, além de estarem mais

sujeitas a praticar dietas inadequadas e a abusar do exercício, o que prejudica a qualidade de vida (Van den Berg et al., 2002).

Algumas pesquisas mostram que os jovens estão cada vez mais vulneráveis a mudanças de comportamento devido à proximidade com a vida adulta e ao ingresso no meio universitário, que proporciona novas relações sociais (Vieira et al., 2002).

Uma imagem corporal ideal (magra), a valorização de moda que hoje em dia se reforça e a transformação dos papéis sociais, são fatores que contribuem para o desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar. A família é a característica que mais tem sido desenvolvida nos últimos tempos, como principal “causa” do surgimento deste tipo de perturbações. Esta característica pode contribuir não só, como fator de risco genético, mas também pelas atitudes dos progenitores e irmãos face ao peso, alimentação e as dificuldades de comunicação entre os membros de família. As perturbações alimentares estão associadas à perceção corporal, levando em consideração o desejo de algumas adolescentes procurarem um corpo semelhante aos exibidos pelos média, tendo em vista, a magreza como padrão de beleza (Rodrigues et al., 2005) e podem ser observados nas modificações do comportamento alimentar que atingem principalmente mulheres jovens, adolescentes e atletas (Freitas & Carvalho, 2006).

Assim, a nível da Ansiedade, os três grupos diferenciaram-se de forma significativa entre si, com o grupo Sem Compulsão Alimentar, a obter valores superiores aos grupos com Compulsão Alimentar Moderada, enquanto a nível da Depressão foi o grupo com Compulsão Alimentar Moderada que obteve resultados superiores aos outros dois grupos.

Quanto às Atitudes Alimentares, apenas na dimensão Controlo Oral se verificaram diferenças significativas entre os três grupos, com o grupo Sem Compulsão Alimentar a obter valores significativamente mais elevados que os grupos com Compulsão Alimentar Moderada e com Compulsão Alimentar Grave.

Na Compulsão Alimentar, avaliada através da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), não se observaram diferenças significativas entre os três grupos em estudo. Quanto à Preocupação Corporal, observaram-se diferenças significativas entre os três grupos nas quatro dimensões consideradas. O grupo com Compulsão Alimentar Grave obteve sempre os valores médios mais elevados, seguido pelo grupo com Compulsão

Alimentar Moderada, e por fim, o grupo Sem Compulsão Alimentar foi o que obteve resultados mais baixos. Na Auto percepção da imagem corporal, o grupo com Compulsão Alimentar Grave diferenciou-se significativamente dos grupos com Compulsão Alimentar Moderada e Sem Compulsão Alimentar, que não apresentaram diferenças entre si. Nas restantes dimensões, Perceção da imagem corporal com os outros, Preocupação com a imagem corporal e Alterações severas na percepção da imagem corporal, os três grupos diferiram significativamente entre si. Relativamente aos resultados obtidos, parece claro o quanto é importante a necessidade de continuar a estudar este tipo de patologias, que cada vez mais se encontram presentes na nossa sociedade, e se instalam com maior incidência nas camadas mais jovens de forma silenciosa. Foi uma limitação deste estudo, o fato de ter sido utilizada uma amostra reduzida e circunscrita apenas ao contexto académico, pois usando uma amostra maior, seria possível verificar resultados mais pertinentes, o que por sua vez, certamente ajudará na compreensão e consequentemente melhor intervenção de forma preventiva, podendo assim, contribuir para a diminuição deste tipo de perturbações alimentares.

Referências:

- Andrade, A., & Bosi, M.L.M., (2003). Mídia e subjetividade no comportamento alimentar feminino. *Revista Nutrição*; (16)1:117-25.
- Adami, F.; Frainer, D.; Santos, J.; Fernandes, T.; De-Oliveira, F., (2008). Insatisfação corporal e atividade física em adolescentes da região continental de Florianópolis. *Psicol. Teor Pesqui. Vol.*; 24(2):143-9.
- Azevedo, A.; Santos, C.; Fonseca, D., (2004). *Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica*. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v.31 n.4 p.170-172.
- Almeida, G. A. N. et al., (2005). *Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório*. Psicologia em estudo, v.10, n.1, p.27-35.
- Alvarenga, M. S.; Scagliusi, F. B.; Philippi, S. T., (2004). *Consumo e padrões alimentares de pacientes com bulimia nervosa antes e depois de tratamento multiprofissional*. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 170-177, dezembro.
- Abreu, C.N. & Roso, M., (2003). *Cognitivismo e Construtivismo*. In: Abreu C.N. e Roso M. (Orgs.). Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica). Artes Médicas, Porto Alegre, pp. 35-50.
- Almeida, M.E.S., (2010). *Uma proposta sobre a transgeracionalidade: o absoluto*. Ágora; 13(1):93-108.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC:
- Assunção, S.S.M., (2002). Dismorfia muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 24 (Supl. 3):80-4.
- Assunção, S.S.M., Cordas, T.A., & Araújo, L.A.S.B., (2002). Atividade física e transtornos alimentares. *Ver Psiquiatria Clínica*;19 (1):4-13.
- Bacaltchuk, J., Hay, P.J., (2004). *Terapia cognitivo-comportamental dos Perturbações alimentares*. In: Knapp, P. et al. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.

- Barros, D.D., (2005). *Imagem corporal: a descoberta de si mesmo*. Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos. 12:547-54.
- Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Vetor.
- Branco, L. M.; Cintra, I. P.; Fiberg, M. (2006). *Adolescente gordo ou magro: realidade ou fantasia?* Nutrição Brasil, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 189-194, jul./ago.
- 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, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.
- Campana, A. N. N. B.; Tavares, M. C. G. C. F., (2009). *Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa*. São Paulo: Phorte, 2009.
- Conti, M. A.; Frutuoso, M. F. P.; Gambardella, A. M. D., (2005). *Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes*. Revista de Nutrição, Campinas, v. 18, n. 4, p. 491-497, jul./ago.
- Claudino, A. M.; Borges, M. B. F., (2002). *CrITÉrios diagnÓsticos para os transtornos alimentares: conceitos em evoluçÓo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 24, Suplemento 3, p. 7-12, dez.
- Chen, Q. et al., (2007). *Influence of self-esteem in eating disorders: the mediation effect of body dissatisfaction*. Chinese Journal of Clinical Psychology, v. 15, n. 3, p. 290-292,
- Carreteiro, T. A. (2005). *Corpo e contemporaneidade*. Psicologia em Revista, 11(17), 62-76.
- Casotti, L. et al., (1998). *Consumo de Alimentos e Nutrição: dificuldades práticas e teÓricas*. Cadernos de debate, v.6, p.26-39.
- Costa, A.G., Fuchiwaki, A. C., Miranda, V. D., et al., (2005). *O Uso da Internet Como meio Auxiliar para o Tratamento do Excesso de Peso*. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e metabolismo, 49, p. 303-309.
- Cooper P.J., Taylor M.J., Cooper Z., Fairburn C.G., (1987); Portuguese translation by Santos, C., C., & Baptista, (1997) - *The development and validation of the body shape questionnaire*. Int. J. Eat Disord.;6 (4):485-94.

- Cordás, T.A., & Neves, J.E.P., (1999). Escalas de Avaliação de Transtornos Alimentares. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 1 (26): 41-47.
- Cordás, T. A.; Guimarães, D. B., & Abreu, C. N., (2003). *Great Expectations, Yet Anorexic Results*. In: Maj, M.; Halmi, K.; López-Ibor J.J. & Sartorius N. (Eds.). *Eating disorders: evidence and experience in psychiatry*, VI. Wiley, NY, 372-7.
- Cordás, T. A.; Salzano, F. T.; Rios, S. R., (2004). *Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento*. In: Philippi, S. T.; Alvarenga, M., Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, p. 39-62.
- Cobelo, A.W.; Saikali, M.O.; Schomer, E.Z., (2004). *Rev. Psiq. Clin.* 31 (4); 184-187.
- Diniz, Z. M. A. M., (2007). *Transtornos Alimentares: Epidemiologia, Etiologia e Classificação*. *Nutrição Profissional*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 12-20, jan. /fev.
- Damasceno, V.O.; Lima, J. R. P.; Vianna, J. M.; Vianna, V. R. A.; & Novaes, J. S., (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 11, n. 3.
- Damasceno, V. O., Vianna, V. R. A., Vianna, J. M., Lacio, M., Lima, J. R. P., & Novaes, J. S. (2006). *Imagem corporal e corpo ideal*. *Revista brasileira Ciência e Movimento*, 14(1): 87-96.
- Derenne, J. L., & Beresin, V. E., (2006). Body image, media, and eating disorders, *Academic psychiatry*, 30, p. 257-261.
- Dunker, K. L. L.; Philippi, S. T., (2004). *Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de intervenção*. In: Philippi, S. T.; Alvarenga, M., Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, p. 163-176.
- Dodge, E., Matthew, H., Eisler, I. & Dare, C., (1995). *Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: An exploratory study*. *Journal of Family Therapy*, 17, 59-77.
- Eiguer A., (1985). *Um divã para a família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fairburn, C. G., (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G.; Marcus, M. D. & Wilson, G. T., (1993). *Cognitive Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia: A Comprehensive Treatment Manual*. In: Fairburn C. G.

- & Wilson G.T.(Eds.). *Binge Eating: Nature, Assesment, and Treatment* Guilford Press, New York, pp 361-404.
- Fairburn, C.G., (1995). *Psychological and Social Problems Associated with Binge Eating*. In: Fairburn, C.G., (ed): *Overcoming Binge Eating*. The Guilford Press, New York, pp 42-66.
- Fernandes, M. H., (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freitas, B. S. A.; Carvalho, C. R., (2006). *Importantes mecanismos de perda da massa óssea nos transtornos de alimentação*. Revista Brasileira de Nutrição Clínica, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 149-154, abr./maio/jun.
- Freitas, S., et al., (2001). Tradução da “Binge Eating Scale.” *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 23 (4):215-20.
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinário, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220.
- Fleminger, S., (2005). *A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in The Netherlands*. *Journal of Family Therapy*, 27, 147-157.
- Fischer, S., (1990). *The evolution of psychological concepts about the body*. In *Body Images: Development, deviance, and change* (Cap.1, pp.3-10). New York: Guilford Press.
- Fiates, G.M.R., Salles, R.K., (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Ver Nutrição*; 14 (Supl 0):3-6.
- 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., (1979); Portuguese translation by Santos, C., C., & Baptista, (1998) - *The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine*, 9: 273-279.
- Garfinkel, P.E., & Garner, D. M., (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. *International Journal of Eating Disorder*, 1, p. 3.

- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., (1981). *Body Image in anorexia nervosa: measurement theory and clinical implications*. Int J Psychiatry Med.11(3):263-84.
- Garner, D.M.; Olmsted, M.P.; Bohr, Y., & Garfinkel, P.E., (1982). The Eating attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol. Med.*, 12 (4): 871-878.
- Garner. R. M.; Friedman. B. N., & Jackson N.A., (1999). Body size estimations, body dissatisfaction, and ideal size preferences in children six through thirteen. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, p. 603-617.
- Gormally J.; Black S.; Daston S., & Rardin. D., (1982). *The assessment of binge eating severity among obese persons*. Addict Behav;7:47-55.
- Hart, E. A., (2003). *Avaliando a Imagem Corporal*. In Medidas e Avaliação em Educação Física e Esportes de Barrow & McGee (pp.457-488) São Paulo: Ed. Manole.
- Haberman, S., Luffey, D., (1998). *Weighing in college students' diet and exercise behaviors*. J. Am Coll Health. 46(4):189-91.
- Hercovici, C. & Bay, L. (1997). *Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hetherington, M.M., & Rolls, B.J., (2001). *Dysfunctional Eating in the Eating Disorders*. The Psychiatric Clinics of North America 24: 235-48, 2001.
- Jackson, T.; Cheng, H., (2007). *Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns*. Journal of Psychosomatic Research, v. 62, n. 2, p. 241-249, Feb. 2007.
- Kakeshita, I. S.; Almeida, S. S., (2006). *Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários*. Rev. Saúde Pública, v.40, n.3, p. 497-504.
- Kirsten, V. R.; Fratton, F.; Porta, N. B. D., (2009). *Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul*. Revista de Nutrição. v. 22, n. 2, p.219-227.
- Lane, R.C., (2002). *Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: the spider mother*. Psychoanal Rev. 89 (1):101-23.
- Lew, A., Mann, T., Myers, H., et al., (2007). Thin-Ideal Media and Women's Body Dissatisfaction: Prevention using Downward Social Comparisons on Non-Appearance Dimensions. *Sex Roles*, 57, p. 543-556.

- Lock, J., Le Grange D., Agras, WS., Moye, A., Bryson, SW., and B. Jo., (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1025-32.
- Le Grange, D., and Lock, J., (2005). *The dearth of psychological treatment studies for anorexia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 37,79-91.
- Magalhães, V. M.; Mendonça, G. A. S., (2005). *Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto preenchíveis*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n.3, p.236-245.
- Melin, P., & Araújo, A.M., (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatr.*; 24 (Supl 3):73-6.
- Mitchell, J.E.; Crow, S.; Peterson, C.B.; Wonderlich, S., & Crosby, R.D., (1998). *Feeding, Laboratory Studies in Patients with Eating Disorders: a review*. *International Journal of Eating Disorders* 24: 115-24.
- Minuchin, S. & Fishman, C.H. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Harvard University Press.
- Moradi, B.; Dirks, D.; Matteson, A. V., (2005). *Roles of sexual objectification experiences and internalization of standards of beauty in eating disorder symptomatology: a test and extension of objectification theory*. *Journal of Counseling Psychology*, v. 52, n. 3, p. 420-428, July.
- Mcvey, G.; Tweed, S.; Blackmore, E., (2007). *Healthy schools-healthy kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program*. *Body Image*, v. 4, p. 115-136.
- Morgan, C.M.; Vecchiatti, I.R., & Negrão, A.B., (2002). *Etiologia dos transtornos alimentares: aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 24 (Supl.3):18-23.
- Morgan, C. M.; Azevedo, A. M. C., (1998). *Transtornos alimentares e cultura: notas sobre a oitava conferência em transtornos alimentares*. *Psychiatry on-line Brazil*, v. 3, p. 1-7.

- McIntyre, M.T., Pereira, G., Soares,V.,Gouveis, J., & Silva, S., (1999) – *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*. Versão Portuguesa de investigação. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia.
- Nunes, M.A., Abuchaim, A.L., (2008). *Abordagens Psicoterápicas nas Perturbações Alimentares*. In: Cordioli, A.Psicoterapias: abordagens atuais.3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira, G., e Fonseca, P., (2006). *A Compulsão Alimentar na receção dos profissionais de saúde*. Psicologia Hospitalar, São Paulo, v. 4, n. 2, agosto.
- Oliveira, E.A., Santos, M.A., (2006). *Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosa: a ótica do psicodiagnóstico*. Medicina (Ribeirão Preto); 39(3):353-60.
- Oliveira, F.P.; Bosi, M.L.M.; Vigário, O.S.; & Vieira, R.S., (2003). *Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte; (9) 6:348-56.
- Papalia, D. E.; Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Polivy, J.; Herman, C.P., (2002). *Causes of eating disorders*. Ann. Rev. Psychol.; 53(1):187-213.
- Pinzon, V., & Nogueira, F.C., (2004). *Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos*. Revista Psiquiatria Clinica; (31)4:158-60.
- Reyes-Rodriguez, Mae Lyn et al., (2010). Eating Disorder Symptomatology: prevalenceamong latino college freshmen students. *Journal of Clinical Psychology*. V. 66, n. 6, Páginas 669-679.
- Rivarola, M. F.; Penna, F., (2006). *The sociocultural factors and their relation with the nourishing upheavals and body image*. Revista Intercontinental de Psicologia y Educacion, v. 8, n. 2, p. 61-72, Dec.
- Rodrigues, A. M.; Fisberg, M.; Cintra, I. P., (2005). *Avaliação do estado nutricional, prevalência de sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras*. Nutrição Brasil, São Paulo, v. 4, n. 4, p 182 -187, jul./ago.

- Slade, P.D., (1994). *What is body image?* Behav. Res. Ther.; 32(5):497-502.
- Santos, M.; Richards, C. S.; Bleckley, M. K., (2007). *Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents*. Eating Behaviors, v. 8, n. 4, p. 440-449, Dec.
- Serra, G. M. A., (2001). *Saúde e nutrição na adolescência: O discurso sobre dietas na Revista Capricho*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, R.J.
- Souto, S., & Ferro-Bucher, J., (2006). The indiscriminate use of weight control diet sand the development of eating disorders. *Revista de Nutrição*, 19, p. 693-704.
- Souza, L.V., Santos, M.A., (2007). *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Schilder, P. F., (1999). *A imagem do corpo. As energias construtivas da psique* (3a ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Stenzel, L. M., (2006). *A influência da imagem corporal no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares*. In: Nunes M. A., (Org.). Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, p. 73-81.
- Tavares, M. C. G. C. F., (2003). *Imagem corporal – Conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole.
- Thompson, J. K., (1996). *Body image, eating disorders and obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Toro, O.; Gomez-Peresmitre, G.; Sentis, J., et al., (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Soc. Psychiatry Epidemiology*, 41, p. 556– 565.
- Timerman, F., Scagliusi, F.B., Cordás, T.A., (2010). *Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional*. Rev. Psiq. Clín.; 37(3):113-7.
- Van den Berg, P., Thompson, J.K., Obremski-Brandon, K., Coover, M., (2002). *The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the meditational role of appearance comparison*. J Psychosom Res. ;53:1007-29.

- Vilela, J.E.M.; Lamounier, J.A., Filho, M.A.D.; Neto, J.R.B., & Horta, G.M., (2004). *Transtornos alimentares em escolares*. J. Pediatria; (80)1:49-54, jan./fev.
- Vitolo, M.R.; Bortolini, G.A.; & Horta, R.L., (2006). *Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo*. Revista de Psiquiatria; (28)1:20-26.
- Vieira, V.C.R.; Priore, S.E.; Ribeiro, S.M.R.; Franceschini, S.C.C.; Almeida, L.P., (2002). Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. Rev Nutr.15(3):273-82.
- Wagner, A., (2004). *Introdução*. In: Wagner A, editor. *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Wagner, A., Falcke, D., (2004). *A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos*. In: Wagner A, editor. *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Wardle, J.; Steptoe, A.; Bellisle, F.; Davou, B.; Reschke, K., Lappalainen, R., et al., (1997). *Healthy dietary practices among European students*. Health Psychol. 16(5):443-50.
- Zigmond A.S., Snaith R.P., (1983) - *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Jun; (67): 361–70.

Anexos

Anexo I - Protocolo de Avaliação

ESTUDO ANÓNIMO

“Perturbação Alimentar, Ansiedade e a Perceção da Imagem Corporal”

Está-lhe a ser pedido para participar num estudo preenchendo um protocolo de avaliação anónimo. A sua participação é inteiramente voluntária. Coloque todas as suas dúvidas se houver algo que não compreenda.

Porque é que este estudo está a ser realizado:

O objectivo deste estudo é aprender mais acerca deste tipo de perturbações alimentares.

O que é que este estudo envolve:

O estudo envolve o preenchimento anónimo de um conjunto de questionários sobre atitudes e compulsões alimentares periódicas, e a preocupação com a forma corporal. O preenchimento deste protocolo de avaliação deve demorar aproximadamente 20 minutos. É pedido a todos os participantes para completarem o mesmo protocolo de avaliação. Assim que devolver o seu, a sua participação estará finalizada.

Quais são os riscos associados à participação neste estudo:

O único risco associado à participação neste estudo é poder sentir que algumas questões são demasiado pessoais para responder. Por favor, sinta-se livre para omitir qualquer questão que considere demasiado pessoal, e sinta-se à vontade para terminar a sua participação no estudo a qualquer momento.

E a confidencialidade:

A sua participação é completamente anónima. Não pedimos qualquer identificação. Não existe qualquer forma de saber qual dos questionários completou. Assim que a informação anónima de todos os questionários tiver sido introduzida num computador, todos os protocolos de avaliação serão guardados durante 5 anos e, nessa altura, serão destruídos.

Quem devo contactar se tiver questões ou problemas relacionados com o estudo:

Questões sobre este estudo devem ser dirigidas a Lígia Manuel, ligiamanuel@sapo.pt e a José Brites, jose.brites@ulusofona.pt

Q.P.A; L. Manuel; J. Brites, 2014

Data da entrevista: ____/____/____ Hora: ____ Min: ____
Ano Mês Dia

Parte I: Aspetos Sociodemográficos

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade ____ anos.

3. Habilitações literárias ____ anos de escolaridade completos.

4. Trabalha: Não ☐ Sim ☐. Qual a sua profissão actual? _____

5. Qual a sua nacionalidade _____

6. Qual a sua etnia:

A. Asiática/Oriental ☐

B. Negra/Negróide ☐

C. Branca/Caucasiana ☐

D. Outra ☐...Qual? _____

7. Qual a sua filiação religiosa?

Católica ☐ Protestante ☐ Judaica ☐ Muçulmana ☐ Nenhuma ☐

Outra ☐...Qual? _____

8. Qual o nível socioeconómico em que foi educado a maior parte da sua vida (**assinale apenas uma opção**):

Classe Alta ☐ Classe Média-Alta ☐ Classe Média ☐ Classe Média-Baixa ☐ Classe Baixa ☐

9. Qual o seu nível socioeconómico actual (**assinale apenas uma opção**):

Classe Alta ☐ Classe Média-Alta ☐ Classe Média ☐ Classe Média-Baixa ☐

Classe Baixa ☐

10. Assinale o seu atual estado civil:

A. Casado(a) ☐

B. Separado(a) ☐

C. Divorciado(a) ☐

- D. Viúvo(a) ☐
- E. União de Facto ☐
- F. Numa relação comprometida ☐
- G. Em várias relações sem compromisso ☐
- H. Presentemente não me encontro envolvido(a) com ninguém ☐

11. Quais são as pessoas que neste momento vivem consigo? **Assinale todos os que se aplicam.**

- | | |
|--------------------------------|---|
| A. Vivo só..... | Não ☐ Sim ☐ |
| B. Cônjuge/Companheiro(a)..... | Não ☐ Sim ☐ |
| C. Filhos..... | Não ☐ Sim ☐ |
| D. Enteados..... | Não ☐ Sim ☐ |
| E. Pais..... | Não ☐ Sim ☐ |
| F. Pai..... | Não ☐ Sim ☐ |
| G. Mãe..... | Não ☐ Sim ☐ |
| H. Sogros..... | Não ☐ Sim ☐ |
| I. Outros familiares..... | Quais? _____ |
| J. Outros não familiares | Quais? _____ |

12. Em que tipo de área foi educado(a) a maior parte da sua vida (**assinale uma das opções**):

Rural ☐ Urbano ☐ Sub-Urbano ☐

13. Em que tipo de área vive actualmente (**assinale uma das opções**):

Rural ☐ Urbano ☐ Sub-Urbano ☐

HADS – R. P. Snaith & A. S. Zigmund, (1983)

Este questionário foi concebido de forma a ajudar-nos a saber o modo como se sente. Leia todas as frases de cada pergunta e coloque uma cruz (X) à frente da frase que melhor corresponde ao modo como se tem sentido durante a última semana. Não demore muito tempo a pensar para responder. A sua reação imediata a cada frase será provavelmente mais exata do que uma resposta muito refletida.

Faça apenas uma cruz por cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a: ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar: ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar: ☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como agora ☐ Só um pouco ☐ Quase nada	9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago: ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes ☐ Quase sempre
3. Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer: ☐ Nitidamente e muito forte ☐ Sim, mas não muito forte ☐ Um pouco, mas não me aflige ☐ De modo algum	10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto: ☐ Completamente ☐ Não dou a atenção que devia ☐ Talvez cuide menos que antes ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre
4. Sou capaz de rir e de ver o lado divertido das situações: ☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Muito menos agora ☐ Nunca	11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a: ☐ Muito ☐ Bastante ☐ Não Muito ☐ Nada
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações: ☐ A maior parte do tempo ☐ Muitas vezes ☐ De vez em quando ☐ Quase Nunca	12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro: ☐ Tanto Como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Bastante menos agora ☐ Quase nunca
6. Sinto-me animado/a: ☐ Nunca ☐ Poucas vezes ☐ De vez em quando ☐ Quase sempre	13. De repente, tenho sensações de pânico: ☐ Muitas vezes ☐ Bastantes vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a: ☐ Quase Sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão: ☐ Muitas vezes ☐ De vez em quando ☐ Poucas vezes ☐ Quase Nunca

EAT_26 - D. M. Garner, M. P. Olmsted, Y. Bohr & P. E. Garfinkel, (1982)

Tradução: - I. Santos & A. Baptista (1998)

A maioria das questões que se seguem estão diretamente relacionadas com alimentos ou alimentação, responda a cada uma delas colocando uma cruz (×) no quadrado que para si achar adequado. Por favor responda depois de ler atentamente cada questão e certifique-se que não deixa nenhuma por responder.

1 2 3 4 5 6

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Muito Frequentemente Sempre

1. Fico horrorizado com ter excesso de peso	1	2	3	4	5	6
2. Evito comer quando tenho fome.....	1	2	3	4	5	6
3. Preocupo-me com a comida.....	1	2	3	4	5	6
4. Tenho feito comezainas em que sinto que não consigo parar de comer	1	2	3	4	5	6
5. Corto a minha comida em pedaços pequenos	1	2	3	4	5	6
6. Estou atento à quantidade de calorias que tem aquilo que como..	1	2	3	4	5	6
7. Evito particularmente comidas com níveis altos de hidratos de carbono (pão, batatas, arroz, etc.).....	1	2	3	4	5	6
8. Sinto que os outros preferiam que comesse mais	1	2	3	4	5	6
9. Vomito depois de ter comido	1	2	3	4	5	6
10. Sinto-me extremamente culpado depois de comer	1	2	3	4	5	6
11. Sinto-me preocupado com o desejo de ser mais magro	1	2	3	4	5	6
12. Faço exercício de modo exaustivo para queimar calorias	1	2	3	4	5	6
13. As outras pessoas pensam que sou demasiado magro	1	2	3	4	5	6
14. Estou preocupado com a ideia de ter gordura no meu corpo.....	1	2	3	4	5	6
15. Levo mais tempo que os outros para acabar uma refeição.....	1	2	3	4	5	6
16. Evito alimentos que contenham açúcar	1	2	3	4	5	6
17. Como comida de dieta.....	1	2	3	4	5	6
18. Sinto que a alimentação controla a minha vida	1	2	3	4	5	6
19. Demonstro autocontrolo em relação à comida	1	2	3	4	5	6
20. Sinto que os outros me pressionam para comer	1	2	3	4	5	6
21. Penso em demasia na alimentação.....	1	2	3	4	5	6
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces	1	2	3	4	5	6
23. Faço dieta.....	1	2	3	4	5	6
24. Gosto do meu estômago vazio.....	1	2	3	4	5	6
25. Aprecio experimentar novas refeições requintadas	1	2	3	4	5	6
26. Tenho o impulso de vomitar depois das refeições	1	2	3	4	5	6

BSQ - P.J. Cooper, M. Taylor, Z. Cooper & C.G. Fairburn, (1987)

Tradução: - I. Santos & A. Baptista (1997)

Gostaríamos de saber como é que se tem sentido a propósito da sua aparência nas últimas quatro semanas. Leia por favor cada questão e assinale a sua resposta, com o número que achar apropriado da escala de 1 a 6, à esquerda de cada questão. Responda por favor a todas as questões.

	1-Nunca	2-Quase nunca	3-Às vezes	4-Regularmente	5-Quase sempre	6-Sempre
1. Um sentimento de tristeza tem-no feito pensar repetidamente na forma do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
2. Tem-se sentido tão preocupado com a forma do seu corpo que pensou em fazer dieta?.....	1	2	3	4	5	6
3. Tem pensado que as partes do seu corpo (por ex. ancas, coxas, nádegas ou barriga) são grandes demais em relação ao resto do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
4. Tem sentido medo de poder vir a ser gordo?.....	1	2	3	4	5	6
5. Tem-se preocupado pela carne do seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se cheio (por ex. depois de ter comido uma boa refeição) fê-lo sentir-se gordo?.....	1	2	3	4	5	6
7. Tem-se sentido tão mal com a forma do seu corpo que tem chorado?.....	1	2	3	4	5	6
8. Evita correr com medo que o seu corpo abane?.....	1	2	3	4	5	6
9. Ter estado com pessoas magras fê-lo ter vergonha da forma do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
10. Tem-se preocupado com o facto das suas coxas aumentarem de volume quando se senta?.....	1	2	3	4	5	6
11. Comer mesmo que seja uma pequena quantidade de comida fê-lo sentir-se gordo?	1	2	3	4	5	6
12. Tem reparado na forma do corpo de outras pessoas e sentiu que a forma do seu corpo era inferior quando comparada com a dos outros?.....	1	2	3	4	5	6
13. Pensar na forma do seu corpo interferiu com a sua capacidade se concentrar (enquanto vê televisão, lê, ou conversa)?.....	1	2	3	4	5	6
14. Estar nu, como quando toma banho, fê-lo sentir-se gordo?	1	2	3	4	5	6
15. Tem evitado usar roupas que o fazem estar particularmente atento à forma do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
16. Tem imaginado tirar as partes flácidas do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6

1-Nunca 2-Quase nunca 3-Às vezes 4-Regularmente 5-Quase sempre 6-Sempre

17. Comer doces, bolos ou outros alimentos com elevado teor calórico, fê-lo sentir-se gordo?.....	1	2	3	4	5	6
18. Não tem comparecido a reuniões sociais (ex. festas) por se sentir mal com a forma do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
19. Tem-se sentido excessivamente largo e arredondado?.....	1	2	3	4	5	6
20. Tem-se sentido envergonhado do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação com a forma do seu corpo fê-lo fazer uma dieta?.....	1	2	3	4	5	6
22. Sente-se mais contente com a forma do seu corpo, quando o seu estômago está vazio (por ex. de manhã)?.....	1	2	3	4	5	6
23. Pensa que a forma do seu corpo depende do seu pouco autocontrole?.....	1	2	3	4	5	6
24. Preocupa-se com o facto de outras pessoas verem “pneus” na zona da sua cintura ou barriga?.....	1	2	3	4	5	6
25. Sentiu que não é justo que outras pessoas sejam mais magras que você?.....	1	2	3	4	5	6
26. Vomitou com o objectivo de se sentir mais magro?.....	1	2	3	4	5	6
27. Quando esteve acompanhado sentiu-se aborrecido por ocupar muito espaço (por ex. sentado no sofá ou num lugar do autocarro)?.....	1	2	3	4	5	6
28. Tem-se preocupado com o facto de no seu corpo estarem a aparecer “banhas”?.....	1	2	3	4	5	6
29. Ver a sua imagem (por ex. num espelho ou numa montra) fá-lo sentir mal acerca da forma do seu corpo?.....	1	2	3	4	5	6
30. Tem apalpado partes do seu corpo para ver a quantidade de gordura que aí tem?...	1	2	3	4	5	6
31. Tem evitado situações nas quais as pessoas podem ver o seu corpo (por ex. vestiários, piscinas, etc.)?.....	1	2	3	4	5	6
32. Tomou laxativos com o objectivo de se sentir mais magro?.....	1	2	3	4	5	6
33. Tem-se sentido envergonhado acerca da forma do seu corpo quando está na companhia de outras pessoas?.....	1	2	3	4	5	6
34. As preocupações acerca da forma do seu corpo fazem-lhe sentir a necessidade de fazer exercício?.....	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (*BINGE EATING SCALE*)

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982)

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001)

Encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

Lista de verificação dos hábitos alimentares

1

- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () 2. Eu sinto-me preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () 4. Eu sinto-me muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
 - () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo a sentir-me empanturrado(a) por comer demais.
 - () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
 - () 4. Eu tenho o hábito de engolir a comida sem realmente a mastigar.
- Quando isto acontece, em geral sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- () 1. Eu sinto-me capaz de controlar os meus impulsos para comer, quando eu quero.
- () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar o meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- () 3. Eu sinto-me totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- () 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar a minha mente da comida.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar a minha mente da comida.
- () 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada me parece ajudar a parar com esse hábito.

5

- () 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

() 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome, que somente parece ser satisfeita quando como um alimento, tipo uma sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer a minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

() 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

() 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como que se tivesse estragado tudo, e como ainda mais.

() 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. A minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

() 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

() 1. Em geral, a minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir a minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

() 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

() 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar os meus impulsos para comer.

() 4. Eu sinto-me incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer, por vontade própria.

#11

- ☐ 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- ☐ 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- ☐ 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- ☐ 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- ☐ 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- ☐ 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer, porque sinto-me constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- ☐ 3. Frequentemente eu só como uma pequena quantidade de comida quando os outros estão presentes, pois sinto-me muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- ☐ 4. Eu sinto-me tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu sinto-me como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- ☐ 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- ☐ 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lanchinho entre as refeições.
- ☐ 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

- ☐ 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente a comer, sem refeições planeadas.

#14

- ☐ 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- ☐ 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que os meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar os meus impulsos para comer.
- ☐ 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo a pensar no quanto comi ou a tentar não comer mais.
- ☐ 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- ☐ 1. Eu não penso muito sobre comida.
- ☐ 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- ☐ 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser em comida.
- ☐ 4. Na maioria dos dias, os meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- ☐ 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- ☐ 2. De vez em quando eu sinto-me em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- ☐ 3. Mesmo se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!