

**IBMR - LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES**

**CAMPUS BOTAFOGO**

**CURSO: PSICOLOGIA**

**KARINA SANTA MARINHA LIMA PEREIRA DE ARAÚJO**

**A RELAÇÃO DO SUJEITO COM ESTÉTICA DO SEU CORPO E A  
PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE BULIMIA NERVOSA EM  
FREQUENTADORES DE ACADEMIAS DE GINÁSTICA DE  
COPACABANA**

**RIO DE JANEIRO,**

**2014**

**KARINA SANTA MARINHA LIMA PEREIRA DE ARAÚJO**

**A RELAÇÃO DO SUJEITO COM ESTÉTICA DO SEU CORPO E A  
PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE BULIMIA NERVOSA EM  
FREQUENTADORES DE ACADEMIAS DE GINÁSTICA DE  
COPACABANA**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do IBMR- Laureate International Universities como requisito parcial das exigências para a conclusão do curso de graduação em Psicologia.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Luciana Castaneda  
Ribeiro

**RIO DE JANEIRO,**

**2014**

**KARINA SANTA MARINHA LIMA PEREIRA DE ARAÚJO**

**A RELAÇÃO DO SUJEITO COM ESTÉTICA DO SEU CORPO E A  
PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE BULIMIA NERVOSA EM  
FREQUENTADORES DE ACADEMIAS DE GINÁSTICA DE  
COPACABANA**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do IBMR- Laureate International Universities como requisito parcial das exigências para a conclusão do curso de graduação em Psicologia sob a orientação da professora Luciana Castaneda Ribeiro.

Aprovada em    de    de 2014.

**EXAMINADORES**

---

---

---

Dedico este trabalho aos meus pais Cristina Santa Marinha e Paulo Henrique Lima Pereira de Araújo, e a minha avó Déa Brum da Soledade Lima, por sempre estarem ao meu lado, dando-me incentivo e sabedoria para que eu possa completar com sucesso mais essa etapa da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha mãe Cristina Santa Marinha por todo o incentivado nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

À minha irmã Vitória Santa Marinha Flumignan por sempre estar disposta a me ouvir, sendo minha parceira em todos os momentos.

Aos meus irmãos Pietro Novello Santa Marinha Flumignan e Yuri Novello Santa Marinha de Hiroki Flumignan por sempre alegrarem o meu dia, me ajudando a esquecer dos problemas.

A Guilherme Malluta Vervloet por sempre ter estado ao meu lado quando precisei, me fazendo feliz e tornando essa jornada mais fácil.

Ao meu padraсто, Izidoro de Hiroki Flumignan, por ter me auxiliado e norteado com seus conhecimentos.

Ao professor Sergio Aguiar de Medeiros que me conduziu, estando sempre disposto quando precisei de sua ajuda.

À professora Luciana Castaneda Ribeiro pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

À professora Claudia Aparecida Capitão pelos seus ensinamentos e por ter sido uma excelente supervisora de estágio sempre preocupada com seus alunos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, os meus mais sinceros agradecimentos.

*“Admito que é inata em nós a estima pelo próprio corpo, admito que temos o dever de cuidar dele. Não nego que devamos dar-lhe atenção, mas nego que devamos ser seus escravos. Será escravo de muitos quem for escravo do próprio corpo, quem temer por ele em demasia, quem tudo fizer em função dele. Devemos proceder não como quem vive no interesse do corpo, mas simplesmente como quem não pode viver sem ele. Um excessivo interesse pelo corpo inquieta-nos com temores, carrega-nos de apreensões, expõe-nos aos insultos; o bem moral torna-se desprezível para aqueles que amam em excesso o corpo.”*

(Sêneca)

## RESUMO

A magreza exagerada tem sido muito valorizada na sociedade atual e na mídia. Desta forma está deixando-se de lado a subjetividade e a singularidade, e como consequência desse padrão de beleza ocorre um grande desequilíbrio na percepção da autoimagem, surgindo assim patologias como os transtornos alimentares. De acordo com a grande importância epidemiológica da bulimia nervosa, esta pesquisa objetivou investigar a relação do sujeito com a estética do seu corpo e a prevalência de sintomas de bulimia nervosa e seu perfil em frequentadores de academias de ginástica do bairro Copacabana no Rio de Janeiro. Participaram do estudo 60 pessoas de ambos os sexos, com média de idade de 32,05 anos. Foi utilizado na pesquisa o Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE) e um questionário sócio demográfico para rastrear os sintomas de bulimia nervosa e analisar o perfil dos participantes. Na análise dos dados foi observada uma prevalência de sintomas de bulimia nervosa de 3,33% e uma prevalência de 11,67% de traços bulímicos. Dos sete (11,67%) indivíduos que apresentaram traços bulímicos a maioria foi classificada com eutrofia (no peso ideal) de acordo com o IMC. Pôde-se observar também uma ocorrência maior no sexo feminino, onde seis (85,71%) indivíduos confessaram já terem utilizado ou utilizarem dos exercícios físicos como forma compensatória de um episódio exagerado de ingestão de alimento, e cinco (71,43%) indivíduos consideraram-se felizes e satisfeitos sexualmente. Os resultados apresentados nesta pesquisa mostram a importância de alertar profissionais da saúde sobre a existência de bulímicos em academias de ginástica que utilizando dos exercícios físicos em excesso como forma compensatória de episódios exagerados de alimentação, podem sofrer consequências indesejáveis sobre sua saúde.

Palavras chave: transtornos alimentares; bulimia nervosa; BITE; academias de ginástica; exercícios físicos.

## ABSTRACT

The exaggerated slimness has got much value in current society and media. This way subjectiveness and singularity are being left aside, and as a consequence of this new standard of beauty it creates a great imbalance in the perception of self-image, leaving new pathologies like eating disorders. According to the great epidemiological importance of the bulimia nervosa, this research's objective was to investigate the relation between the subject and the aesthetics of his body, and the prevalence of bulimia nervosa symptoms as its profile on health club goers on the neighborhood of Copacabana, Rio de Janeiro. 60 people of both genders participated in this research, with a mean of 32.05 years old. The Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) and a socio-demographic questionnaire were used to track the symptoms of bulimia nervosa and to analyze its profile on participants. In the data analysis it was observed a prevalence of bulimic symptoms of 3.33% and a prevalence of 11.67% of bulimic traces. Of the seven (11.67%) individuals that presented bulimic traces, the majority was classified eutrophics (ideal weight) according to BMI. Also it could be observed a bigger occurrence in females, where six (85.71%) individuals confessed they already used or still use physical exercises as a form to compensate an exaggerated food intake episode, and five (71.43%) individuals considered themselves sexually happy and satisfied. The results presented in this research show the importance of alerting health professionals about the existence of bulimics in health clubs that by using physical exercises to compensate exaggerated food intake episodes, may suffer undesired consequences on their health.

Key words: eating disorders; bulimia nervosa; BITE; health clubs; physical exercises.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Quadro comparativo dos Transtornos Alimentares.....	18
FIGURA 2. Quadro das características em comum da Anorexia e da Vigorexia...	28
FIGURA 3. Quadro com os sinais da Ortorexia Nervosa.....	35
FIGURA 4. Quadro da escala dos sintomas do BITE com pontuação e classificação.....	56
FIGURA 5. Quadro demonstrativo do cálculo do IMC segundo a OMS.....	57
FIGURA 6. Tabela das variáveis Sócio Demográficas.....	59
FIGURA 7. Tabela de Classificação do Estado Nutricional de Acordo com o IMC.....	60
FIGURA 8. Tabela com a Classificação do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh – BITE.....	61
FIGURA 9. Gráfico com a classificação do BITE entre homens e mulheres.....	61

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2. A ESTÉTICA E O SUJEITO</b> .....	12
2.1 A relação do sujeito com a estética do seu corpo.....	12
2.2 Transtornos Alimentares: Tipos e sua Definição.....	16
2.2.1 <i>Anorexia Nervosa</i> .....	18
2.2.2 <i>Vigorexia</i> .....	27
2.2.3 <i>Ortorexia Nervosa</i> .....	32
2.2.4 <i>Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica</i> .....	37
2.3 A Bulimia Nervosa, sua história e aspectos psicológicos.....	41
<b>3. INDO A CAMPO</b> .....	54
3.1 Desenho do Estudo.....	54
3.2 População Estudada.....	54
3.3 Instrumentos de Coleta.....	54
3.4 Análise Estatística.....	57
3.5 Aspectos Éticos.....	58
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	59
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	65
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	66
<b>7. ANEXOS</b> .....	72
7.1 ANEXO 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
7.2 ANEXO 2: Questionário Sócio Demográfico.....	74
7.3 ANEXO 3: Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh - BITE.....	76

## 1. INTRODUÇÃO

A preocupação exagerada pelo corpo está atingindo a população em nível mundial. Para compreender melhor esse culto à imagem de perfeição, o capítulo dois intitulado “A Estética e o Sujeito”, irá abordar em seu primeiro tópico 2.1, a relação do sujeito com a estética do seu corpo, como a magreza exagerada está cada vez mais sendo valorizado pela sociedade, que está deixando de lado a subjetividade e a singularidade, e como consequência desse padrão de beleza ocorre um grande desequilíbrio na percepção da autoimagem.

Essa epidemia de culto ao corpo afeta uma população patologicamente preocupada com a estética corporal e que possui alterações psíquicas relacionadas ao esquema corporal. Desta forma surgem os distúrbios alimentares como reflexos de um sofrimento psíquico, que serão abordados no trabalho no tópico 2.2. Os transtornos alimentares são patologias e possuem descrições nos critérios diagnósticos atuais, o DSM-IV classifica esses distúrbios como severas perturbações do comportamento alimentar.

Esses distúrbios são formas de demonstrar dores subjetivas de várias ordens, podem comprometer seriamente a saúde levando a prejuízos biopsicossociais com elevada morbidade e mortalidade, e são divididos em duas categorias: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Essas patologias apresentam uma grave perturbação da percepção da forma e do peso corporal, afetam na maioria dos casos adolescentes e mulheres jovens, apresentando importantes prevalências na população em geral. De acordo com a American Psychiatric Association a prevalência de anorexia nervosa varia cerca de 0,3 a 3,7% e a prevalência da bulimia nervosa varia entre 1 a 4%. Os homens também são acometidos por estes distúrbios, porém em proporções menores.

Também serão abordados no trabalho, outros tipos de transtornos alimentares que podem ser encontrados, apesar de não estarem incluídos no DSM-IV com suas próprias categorias e necessitarem de maiores estudos para uma melhor caracterização, como a Vigorexia (caracterizada pela prática excessiva de exercícios físicos, obsessiva preocupação com o corpo e adoção de práticas alimentares não convencionais), a Ortorexia Nervosa (caracterizada pela fixação por saúde alimentar, com uma obsessão doentia pelo alimento biologicamente puro, que resulta na criação de rituais e adoção de uma dieta

restritiva, com conseqüente isolamento social) e o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica – TCAP (síndrome definida por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sem a presença de comportamentos compensatórios extremos para a perda de peso como vômito e laxantes).

No subcapítulo 2.3, será explicado as principais características, a história e aspectos psicológicos da bulimia nervosa, que é caracterizada segundo o DSMIV por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos auto induzidos, diuréticos, mal uso de laxantes, dentre outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

A bulimia nervosa é uma patologia que apareceu na literatura desde o século XVI, se situa no cruzamento de diversos eixos psicopatológicos, como o neurótico, psicótico, perverso e psicossomático.

Portadores de bulimia nervosa apresentam peso normal ou sobrepeso, desta forma é mais difícil de ser diagnosticada.

A gravidade das condutas purgativas varia muito de um caso para outro, porém, o uso de laxantes, diuréticos, drogas e exercícios físicos intensivos podem provocar o aparecimento de problemas orgânicos diversos que, nas formas graves, podem ser fatais.

Mesmo que tenhamos conhecimento de casos desde a antiguidade, hoje em dia esse transtorno tem notoriedade pela morte de jovens sempre comentadas pela mídia, desta forma foi feita uma pesquisa de campo para ampliar os estudos, onde foi utilizado o questionário autoaplicável já validado e com versão em português teste de investigação bulímica de Edinburg – BITE, que é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de sintomas de bulimia nervosa em diversos países, apresentando propriedades psicométricas adequadas e bons resultados nos estudos anteriores, contém 33 questões de autopreenchimento, desta forma, possui uma facilidade de administração, eficiência e economia nas pesquisas para investigar a presença de comportamentos bulímicos na população.

A escolha deste tema foi pensada diante da importância epidemiológica, da gravidade e das diversas complicações da bulimia nervosa, sendo a prática de exercícios físicos excessivos um dos comportamentos compensatórios inadequados utilizados após episódios repetidos de compulsão alimentar.

Desta forma o presente trabalho possui como objetivo geral investigar a relação do sujeito com a estética do seu corpo e a prevalência de sintomas de bulimia nervosa e seu perfil em frequentadores de academias de ginástica de Copacabana de ambos os sexos e matriculados em exercícios aeróbicos e anaeróbicos, a fim de informar os profissionais da área da saúde, em especial os psicólogos, nutricionistas, professores de educação física e médicos, sobre a presença de bulímicos em academias e as possíveis consequências indesejáveis sobre a saúde pelo excesso de exercícios físicos.

## **2. A ESTÉTICA E O SUJEITO**

### **2.1 A relação do sujeito com a estética do seu corpo**

Não é de hoje que o ser humano tem uma preocupação com seu próprio corpo, mas a forma como pensamos na estética, vem sofrendo diversas modificações ao longo das gerações.

A relação entre a autoestima e a imagem do corpo magro na atualidade tem sido muito valorizada na sociedade e nos meios de comunicação, repercutindo de forma considerável na vida das pessoas. O contingente feminino é o mais acometido por essas patologias, pois sofre maior pressão no que se refere à valorização corporal, tendendo assim, a dar maior atenção ao seu corpo. Já o contingente masculino, a cobrança estética não se restringe à simples redução do peso ou do manequim do vestuário, mas também à troca da gordura excessiva por músculos bem destacados, que podem gerar outras patologias que ainda não foram classificadas pelos manuais, como a vigorexia.

Segundo Bucarechi (2003), a imagem corporal está relacionada com a autoestima, que significa amor próprio, satisfação pessoal e, principalmente, estar bem consigo mesmo. Qualquer insatisfação se refletirá na autoimagem. A primeira manifestação da perda da autoconfiança é percebida quando o corpo que se tem não está de acordo com o estereótipo idealizado pela sociedade.

Estamos vivendo uma época na qual a beleza é um fator de grande importância, acabamos não valorizando a subjetividade e a singularidade. Há uma exigência da nossa sociedade pelo corpo perfeito e magro, e essas influências externas acabam gerando um grande peso no desequilíbrio da percepção da autoimagem corporal.

Alguns autores associam o aparecimento das “doenças da beleza” (Medeiros, S. A. “Estética, Angústia e Desejo - Uma Abordagem Psicanalítica Sobre as Doenças da Beleza.”, 2012), como aspectos socioculturais, C.M. Morgan e A.M. Claudino de Azevedo (1998), destacam que: “[...] a pressão cultural para emagrecer é considerada um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares para gerar a preocupação excessiva com o corpo e o pavor doentio de engordar, característicos da bulimia e anorexia nervosa.” (p.1).

Porém atualmente vem sendo enfatizado que os transtornos alimentares não estão restritos às sociedades ocidentais, desta forma não podem ser compreendidos como síndromes ligadas apenas a cultura.

Podemos observar que outras culturas também podem apresentar esses transtornos, de uma forma que não necessariamente apareça o medo de engordar, como as anoréxicas descritas na Idade Média, onde o transtorno estava ligado ao parar de comer como uma forma de purificação, e não por medo de engordar.

Estudando a história da arte podemos analisar que a magreza nem sempre foi o ideal de beleza almejado pelas mulheres, e também que as mesmas sempre recorreram aos seus corpos para expressarem sua subjetividade e a singularidade de seus sofrimentos. Na Grécia, por exemplo, a harmonia de proporções do corpo era a síntese da beleza ideal, como podemos observar na estátua de Vênus de Milo, que era um símbolo do padrão grego. Na Idade Média, o corpo ideal de maternidade passou a ser valorizado, neste período a mulher era considerada a fonte do pecado e o corpo passou a ser negado e reflexo da beleza divina. A imagem da própria Virgem Maria personifica esse ideal. No período renascentista o padrão de beleza se relacionava a riqueza, como as ricas tinham acesso a uma boa alimentação, as mulheres com os corpos mais fartos, quadris grandes e abdomens avantajados, eram as mais admiradas. No século XX houve uma transformação nos padrões de beleza. Na década de 20 com o início do movimento de libertação da mulher, voltou à exigência da magreza, a silhueta feminina ficou mais fina. Nas décadas de 40 e 50 as estrelas de Hollywood, como a Marilyn Monroe, encarnavam o modelo das mulheres de seios fartos e corpos com curvas. Na década de 60 e 70 com o movimento hippie, a exigência da magreza se intensificou e a imagem do corpo ideal passou a ser centrado no corpo adolescente, magro, sem curvas e seios pequenos, desta forma a problemática dos transtornos alimentares passou a ocupar um lugar de destaque na psicopatologia da época. Em 80 surgiu o corpo feminino musculoso, talvez pela liberdade feminina e a competição com os homens, a cantora Madonna representa bem esse ideal de beleza.

Atualmente no século XXI, temos dois estereótipos de beleza, a magreza exagerada das passarelas e os músculos enaltecidos que estampam as

propagandas das academias. Esses padrões de beleza vêm influenciando o aumento assustador da incidência dos transtornos alimentares.

A sociedade contemporânea aponta o culto ao corpo como uma ditadura da beleza, disfarçada em uma falsa promessa de felicidade. A estética, sobretudo o corpo, teria se tornado um produto de consumo e uma estratégia de acumulação para o Capital, podemos observar com o advento da modernidade, o permanente convite ao consumo, com os diversos e caríssimos produtos estéticos e as cirurgias plásticas, o que só confirmam o quanto a magreza e a aparência são maciçamente investidos.

Os padrões de beleza impostos por nossa sociedade geram uma obsessão pela perfeição do corpo. Na realidade, trata-se de uma "epidemia de culto ao corpo" que se multiplica em uma população patologicamente preocupada com a estética corporal e afetada por alterações psíquicas relacionadas ao esquema corporal. Na obra de Freud "O Mal Estar na Civilização" (1930), o autor situa a "fruição da beleza" como uma "estratégia de busca da felicidade". Freud também se interroga sobre o sentido da atitude de "reverência a beleza" ainda que não oferecesse proteção ao desamparo.

Talvez a anorexia e a bulimia estejam tão presentes na nossa atualidade por denunciarem o desconforto e a falta numa sociedade consumista onde imperam o conforto e a abundância, denunciando o mal-estar na nossa sociedade.

Desta forma podemos observar o quanto à cultura está relacionada aos transtornos alimentares, apesar dos aspectos socioculturais não serem os únicos causadores do aparecimento desses transtornos, eles tem uma importância fundamental como favorecedores do seu desenvolvimento. Parece haver também, um consenso de que os aspectos socioculturais desempenham um papel mais significativo no aparecimento da bulimia do que na anorexia.

Esse mal-estar decorre dos processos de homogeneização da cultura, onde encontra no corpo uma forma de expressão privilegiada através da valorização da magreza, da boa forma e da saúde perfeita. Mas mais importante do que a tentativa de atribuir os transtornos alimentares a uma causalidade social é a constatação da incidência desses transtornos no mundo todo, o que coloca em discussão os efeitos da modernização e da globalização.



Há uma relação entre os distúrbios alimentares e sintomas ligadas ao ato de comer com a parte emocional do ser humano. Esses distúrbios são formas de demonstrar dores subjetivas de várias ordens.

Os distúrbios de imagem corporal e a baixa autoestima também podem contribuir para a alteração da satisfação sexual. A sexualidade feminina, por exemplo, é configurada através de diferentes fatores como as influências histórico-sexuais de nossa civilização, questões de gênero, aspectos familiares, religiosos, entre outros. E esses diferentes fatores podem se relacionar com uma série de comprometimentos emocionais, tais como autoimagem diminuída, baixa autoestima, ansiedade e depressão. As mulheres que são acometidas pelos transtornos alimentares associam seu sentimento sexual com o peso corporal, gravidez, amamentação e o estado de seus relacionamentos.

A psicóloga Márcia Atik considera que o significado do corpo na sexualidade vai muito além de sua beleza, e está relacionado à possibilidade desse corpo ser a matriz da sexualidade, a ponte entre o desejo e sua expressão e gozo.

A valorização do corpo perfeito, como vemos na atualidade os sentimentos de desvalia, invade a mente e, como um raio, a ultrapassa em alguns momentos, quando o ideal seria a entrega total ao outro e às sensações. Sem dúvida, as pressões do mundo externo acabam trazendo para a sexualidade feminina uma nova forma de repressão, não a social como em outros tempos, mas, pior que isso, a repressão que a própria mulher se impõe por força de uma autocrítica centrada em parâmetros muitas vezes idealizados. (ATIK, M. "Descontente com o corpo x sexualidade", São Paulo, 2010)

Estamos vivendo em tempos onde a sociedade está marcada por um exacerbado narcisismo e esses distúrbios são reflexos de um sofrimento psíquico, o ideal de beleza é tão intenso que interfere na sexualidade.

Entre outras coisas, o que nos diferencia de qualquer outra espécie animal é a subjetividade das emoções, e esse sentir que ultrapassa o corpo físico e sexual é uma disponibilidade interna de entrega, de troca, de valorização de si e de seu desejo. (Op.cit.)

Uma pessoa sexualmente sadia, valoriza seu próprio corpo, estabelece e mantém relações significativas, enquanto as pessoas que sofrem com esta patologia apresentam um distúrbio da autoimagem, acarretando numa insatisfação com seu corpo, afetando dentre outras coisas, sua atividade sexual.

A essência da beleza está na felicidade e em estar saudável, sem pressões, preconceitos ou modelos. O mais bonito do ser humano é sua singularidade.

Estamos diante de um grande problema, seja o sofrimento psíquico do sujeito em relação à estética de seu corpo ou o comportamento de indivíduos em relação aos alimentos (os transtornos alimentares), ou ainda ao culto contemporâneo à imagem de perfeição.

Por reviravolta completa, o corpo transforma-se em objeto ameaçador que é preciso vigiar, reduzir, mortificar para fins “estéticos”, com os olhos fixos nos modelos emagrecidos da Vogue, onde é possível decifrar toda a agressividade inversa de uma sociedade da abundância em relação ao próprio corpo e toda a recusa veemente dos próprios princípios. (Baudrillard, J. “A sociedade de consumo”, São Paulo, 1970, p.175)

## **2.2 Transtornos alimentares: Tipos e sua Definição**

Os transtornos alimentares são considerados patologias e descritos no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV), onde são caracterizados por severas perturbações do comportamento alimentar.

Esses transtornos estão aumentando consideravelmente nos últimos anos atingindo entre 1 e 4% da população (Szmukler, G. I., 1985) e afetam aproximadamente 90% dos casos mulheres jovens, apesar de recentemente estar havendo um aumento no número de transtornos em homens e em adultos de ambos os sexos (Abott DW, Ackerman SH, Agras WS, Banzhaf D, Barber J, Bartlett JC, *et al.*1993).

Os transtornos alimentares podem levar a grandes prejuízos biopsicossociais com elevada morbidade e mortalidade, são frequentemente considerados quadros clínicos ligados à modernidade, na medida em que o avanço da mídia nas últimas décadas tem incentivado um padrão de beleza quase impossível de ser alcançado.

Segundo o DSM-IV esse quadro inclui dois diagnósticos específicos, a Anorexia Nervosa que é caracterizada por uma recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima, e a Bulimia Nervosa que é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos auto induzidos, diuréticos, mal uso de laxantes, dentre outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

Tanto a Anorexia Nervosa quanto a Bulimia Nervosa apresentam uma grave perturbação da percepção da forma e do peso corporal. Um paciente bulímico pode apresentar episódios anoréxicos e vice-versa e uma pessoa pode desenvolver as duas doenças simultaneamente.

A obesidade também é um quadro que possui uma ampla problemática na adolescência e na vida adulta, e vem atingindo um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo, mas que não aparece no DSM-IV, porque não foi estabelecida uma associação consistente com uma síndrome psicológica ou comportamental, mas é incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) como uma condição médica geral.

A obesidade se constitui como um problema grave de saúde pública e epidemiologicamente significativo, pela taxa de mortalidade ser maior em indivíduos que apresentam a obesidade, essa taxa é maior devido ao aparecimento de várias doenças desencadeadas pelo sobrepeso. As primeiras doenças que costumam afetar o obeso são as do coração, pois o coração de uma pessoa acima do peso tem que trabalhar mais. Porém a obesidade pode desencadear diversas outras doenças, como: hipertensão arterial, trombose, apnéia, esteatose hepática, depressão, asma, infertilidade e gravidez de risco, colesterol alto, diabetes do tipo dois, entre outros.

Podemos observar no DSM-IV uma categoria para transtornos alimentares sem outra especificação, onde são encontrados transtornos que não satisfazem os critérios para um transtorno alimentar específico. A presença de outros transtornos de alimentação vistos pela primeira vez na infância (exemplo: PICA, Transtorno de Ruminação e Transtorno de Alimentação na infância) são incluídos na seção "Transtornos de Alimentação da Primeira Infância".

Outros tipos de transtornos alimentares podem ser encontrados, apesar de não estarem incluídos no DSM-IV com suas próprias categorias e necessitarem

de maiores estudos para uma melhor caracterização, como a Vigorexia, a Ortorexia Nervosa e o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

No quadro a baixo pode ser observado as principais características e diferenças dos transtornos alimentares que serão abordados neste trabalho:

<b>Quadro comparativo dos Transtornos Alimentares</b>				
<b>Anorexia Nervosa</b>	<b>Bulimia Nervosa</b>	<b>Vigorexia</b>	<b>Ortorexia Nervosa</b>	<b>Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica</b>
Pessoa muito magra que se vê acima do peso. Autoimagem de Obeso. Não se alimenta o suficiente e pode ou não ter sintomas purgativos. Pode ter períodos de compulsão. Frequentemente inicia-se na adolescência. Mais comum no sexo feminino.	Pessoa com peso normal ou acima, alimenta-se aparentemente normal, apresentando períodos frequentes de compulsão com sintomas purgativos ou compensatórios, como automedicação com laxantes e diuréticos. Frequentemente inicia-se na adolescência. Mais comum no sexo feminino.	Pessoa com peso normal e musculatura hipertrofiada. Autoimagem de fraco. Alimenta-se visando o aumento da força muscular. Pensamento obsessivo na aparência física. Frequente uso de anabolizantes. Comumente inicia-se na adolescência. Afeta mais o sexo masculino.	Pessoa com peso normal ou abaixo. Obstinado pela alimentação que “ele” julga saudável. Pensamento obsessivo na saúde. Obsessão doentia com o alimento biologicamente puro, acarretando restrições alimentares significativas e isolamento social.	Com sobrepeso ou obesidade, sem sintomas purgativos ou compensatórios. Inicia-se frequentemente na infância. Autocrítica depreciativa com sintomas depressivos e ansiosos. Estima-se 5 a 30% do TCAP em obesos que buscam serviços especializados para tratamento da obesidade. Fracassos das dietas.

FIGURA 1: Quadro comparativo dos Transtornos Alimentares.

### **2.2.1 Anorexia Nervosa**

A **Anorexia Nervosa** foi o primeiro transtorno alimentar a ser descrito, ainda no século XIX, apresentou sua classificação e teve seus critérios reconhecidos na década de 1970. O termo anorexia significa falta de apetite, deriva do grego “an-”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite, porém na anorexia não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença, os pacientes com essa doença costumam sentir fome, porém há uma negação do apetite e um controle obsessivo do corpo. Esta patologia se caracteriza por perda de peso intensa e intencional através de uma recusa

alimentar consciente pelo paciente que utiliza de dietas extremamente rígidas, almejando obsessivamente manter seu peso abaixo da faixa normal mínima, associado a um intenso temor de engordar, apresentando uma imagem corporal extremamente distorcida.

Esse transtorno pode ser encontrado desde a Idade Média, onde estava relacionado a jejuns religiosos que se transformavam em comportamentos obsessivos. Um dos primeiros casos sugestivos de anorexia nervosa é descrito por Habermas (1986), sobre uma jovem chamada Friderada que viveu no ano de 895. Almejando diminuir seu apetite, buscou refúgio em um convento, onde foi restringindo sua dieta até passar a efetuar longos jejuns, desta forma rapidamente seu quadro foi se deteriorando até a sua morte, por desnutrição.

Em um estudo sobre a evolução da história da anorexia, C. Weinberg (2004), comenta:

As santas e as beatas da Idade Média, com seus jejuns auto impostos, não perseguiram um ideal de magreza, mas um ideal de ascese e de comunhão com Deus. Ou ainda, faziam de recusa em alimentar-se uma forma de conservarem a virgindade e opor-se aos casamentos arranjados. (p.6)

No século XIII houve uma grande expansão dos casos de anorexia santa, essas condutas eram interpretadas inicialmente como um meio de alcançar a elevação espiritual e, no ápice da Inquisição, começaram a serem vistas como possessão demoníaca. Entre os anos de 1200 e 1600, existem muitas descrições de mulheres que praticavam jejuns prolongados como uma forma de se aproximar espiritualmente de Deus, sendo consideradas santas ou milagrosas por conseguirem sobreviver apesar do estado de inanição em que se encontravam após os jejuns prolongados.

Segundo Weinberg e Cordás (2006), com surgimento da Reforma, obteve-se um declínio dos casos de anorexia santa:

Mulheres como Clara de Assis e Catarina de Siena podiam, por meio do jejum, afirmar sua própria personalidade em reação ao mundo que tentava dominá-las. Entretanto, com o advento da Reforma, a autonomia religiosa das mulheres passou a ser encarada como uma heresia ou obra do diabo, levando ao declínio do comportamento. (p.18-19)

As jovens também se utilizavam do jejum como meio de responder à estrutura social patriarcal a qual estavam submetidas, como, por exemplo, os casamentos impostos e arranjados. Um caso bem conhecido é o da Santa Catarina de Siena, que ao ter uma visão de Jesus aos seis anos de idade, decide, um ano depois, dedicar sua virgindade à Virgem Maria. Porém, seus pais pretendem casá-la com o marido de sua irmã, recentemente falecida no parto. Catarina recusou o plano de casamento imposto por seus pais e durante três anos ela é castigada, levando uma vida de trabalho, reclusão e orações até que seu pai, convencido de sua santidade, a libera do castigo e determina que a deixem viver conforme seu desejo. Desta forma Catarina entrou para o convento, onde se alimentava de pão e alguns vegetais, autoflagelava-se, e eventualmente provocava vômitos através de ervas e galhos na garganta. A mesma veio a falecer de desnutrição aos 32 anos.

Podemos observar aspectos em comum na anorexia santa e na anorexia nervosa, ambas descrevem excesso de atividades, perfeccionismo, constante vigilância, insatisfação consigo própria e distorções cognitivas.

No ano de 1694, Richard Morton é o autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa, descreveu um quadro clínico que denominou de “consumpção de origem nervosa”, que apresentava como sintomas principais a perda do apetite, amenorreia, aversão à comida, obstipação, hiperatividade e emagrecimento extremo. O autor relatou dois casos, um deles sobre uma jovem com recusa em alimentar-se e ausência de ciclos menstruais, que rejeitou qualquer ajuda oferecida e morreu de inanição. Morton se mostrou intrigado pela indiferença característica que essas pacientes demonstravam em relação a seu estado crítico de desnutrição e pela preservação de suas faculdades mentais básicas.

No século XIX surgem, quase simultaneamente, descrições clínicas feitas pelo médico inglês William Gull em 1868 e pelo neurologista francês Charles Lasègue em 1873.

Em 1868, William Gull, durante um encontro da “British Medical Association”, em Oxford, descreveu três pacientes com um quadro anoréxico restritivo, que incluía emagrecimento, amenorreia, perda de apetite, bradicardia, baixa temperatura corporal, edema nos membros inferiores, obstipação e cianose periférica. O médico denominou este quadro clínico inicialmente de “apepsia

histérica”, passando mais tarde, em 1874, a empregar o termo “anorexia nervosa”, que a descreveu como uma forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo, cuja falta de apetite é decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica. Gull rejeitou a possibilidade que uma enfermidade orgânica justificasse a anorexia.

Em 1873, Charles Lasègue descreveu a “anorexie hystérique”, produzindo uma descrição deste quadro clínico, que permanece válida até os dias atuais, qualificando-a de inanição histérica e considerando-a, da mesma forma que Gull, uma doença psicogênica. Ressaltando também a origem psíquica dessa doença, focalizando a fenomenologia distinta da anorexia histérica na crença mórbida de que o alimento é lesivo e deve ser evitado.

Em continuidade a Lasègue, Charcot e Déjerine caracterizam a anorexia mental pela recusa alimentar e a colocam em oposição à melancolia e aos delírios de perseguição, em que tal recusa é fruto das ideias delirantes.

Em 1903, Pierre Janet relata o caso de Nadia, uma moça de 22 anos que manifestava vergonha e aversão ao seu corpo com constante desejo de emagrecer, quadro que coloca em evidência o medo de engordar e que denominou de “anorexia mental”. Janet salienta a vergonha que a jovem sentia de seu corpo a fazendo se vestir como um menino. O autor relacionou a busca intensa da magreza à tentativa de adiar a maturidade sexual e sugeriu dois subtipos psicopatológicos, o obsessivo, na qual a fome estava mantida, e o histérico, na qual as pacientes a perdiam. Contudo, Janet (1908) salienta que isso “não significava uma inversão sexual”, mas sim “o desejo de erradicar o sexo e de não ter corpo algum”. (p.37)

A anorexia era compreendida como uma espécie de perversão mental, sendo tratada com métodos de isolamento e, posteriormente, já em 1914, ocorreu uma mudança marcante na compreensão desta patologia, que passou a ser considerada uma doença endócrina, quando Simmonds, um patologista alemão, descreveu uma paciente extremamente magra, a quem, ao fazer-lhe autópsia encontrou uma destruição pituitária e durante os 30 anos seguintes, reinou a confusão entre insuficiência pituitária (doença de Simonds) e anorexia nervosa. A partir dos anos 30, a anorexia passa a ser estudada principalmente sobre o ponto

de vista psicológico, deixando no esquecimento as antigas discussões sobre a origem endócrina ou psicológica do transtorno.

A partir de 1960, o aumento de casos de pacientes com anorexia nervosa parece ter colaborado para seu reconhecimento como síndrome psiquiátrica específica, com aspectos característicos que a distinguem de outros transtornos.

O professor e psiquiatra britânico Gerald Russell em 1970 tenta mostrar a relação entre as teorias biológicas da origem da doença com as psicológicas e sociológicas, sugerindo critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia nervosa com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos, desenvolvidos para atender tanto as necessidades clínicas como as de pesquisa. Russell definiu que este transtorno psíquico provoca a preocupação mórbida com o risco de engordar, a diminuição da ingestão de alimentos e a perda considerável de peso, esta por sua vez, seria a causa do transtorno endócrino, a desnutrição agravaria o transtorno psíquico, que também poderia piorar de maneira direta a função hipotalâmica e produzir disfunções endócrinas, como a amenorreia, o transtorno hipotalâmico poderia alterar as funções psíquicas, gerando atitudes anômalas frente ao alimento, imagem corporal e sexualidade. Os aspectos propostos por Russell são concebidos como diagnósticos de anorexia nervosa pelos atuais sistemas classificatórios.

O DSM-IV classifica a anorexia nervosa como um transtorno mental e da conduta alimentar que se caracteriza por: recusa em manter o peso corporal dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura, por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado; medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior; perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, negação da gravidade do baixo peso corporal atual; e especificamente nas mulheres, ocorre a amenorreia, que é a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrem apenas após a administração de hormônio, por exemplo, estrógeno).



O critério diagnóstico do DSM-IV também distingue a anorexia nervosa em dois tipos: o *tipo restritivo*, onde não há episódios recorrentes de excessos alimentares e/ou práticas purgativas (exemplo: vômitos auto induzidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, etc.). Neste tipo de anorexia há uma restrição da alimentação até jejum completo visando o emagrecimento rápido; e o *tipo bulímico ou purgativo*, onde há episódios recorrentes de excessos alimentares (binge-eating) e/ou práticas purgativas. Alguns estudos consideram que pacientes que utilizam de práticas purgativas são mais impulsivas, perfeccionistas e obsessivas do que pacientes que usam apenas práticas restritivas.

A anorexia nervosa é um grande sintoma dos males que afligem o século XXI, o estilo de corpo extremamente magro imposto pela cultura atual acaba gerando dificuldades para a aceitação da autoimagem, essa patologia revela algo sobre toda coletividade à qual pertence o sujeito que a manifesta. Assim como as históricas diziam algo a respeito do inconsciente do final do século XIX a anorexia nervosa tem muito a dizer sobre o século XXI.

A prevalência de anorexia nervosa varia cerca de 0,3 a 3,7% segundo a American Psychiatric Association. Estudos mostram que essa doença afeta mais pessoas do sexo feminino, da raça branca e tem início na adolescência.

Está havendo um aumento crescente de casos de anorexia, em especial no grupo de modelos e bailarinas e há uma tendência ao aumento da prevalência desta doença nos próximos anos.

Atualmente, podemos encontrar na Internet sites e comunidades pró-ana e pró-mia que significam simultaneamente, pró-anorexia e pró-bulimia. Nestes sites os adolescentes trocam dicas e experiências sobre como enaltecer seus ossos, divulgando fotos de famosos anoréxicos, músicas pró-anorexia, dentre outros métodos para incentivar a perda de peso.

Uma revisão de 12 estudos de incidência cumulativa realizada por Pawluck & Gorey (1998), relatou uma incidência de anorexia nervosa média anual na população em geral de 18,5 por 100.000 (DP=21,01) entre mulheres e de 2,25 por 100.000 (DP=2,63) por ano entre homens. Há evidências limitadas de alterações na incidência geral da anorexia nervosa no decorrer do tempo.

Nos Estados Unidos, calcula-se que 1 em cada 100 meninas seja anoréxica, no Brasil, a proporção é de 1 para 250, e na Argentina, são 10 em cada 100 meninas.

A anorexia nervosa apresenta a maior taxa de mortalidade entre os distúrbios psiquiátricos, segundo Ebert (2005), entre 6% a 20% dos portadores diagnosticados com esta patologia e não tratados morrem prematuramente, devido à desnutrição extrema, arritmias malignas, insuficiência cardíaca, suicídio e infecções graves.

Existem alguns instrumentos que podem indicar a presença de sintomas de anorexia nervosa, como o *Eating Attitudes Test – EAT*, que indica a presença de padrões alimentares anormais, pode ser usado também para o rastreamento de Bulimia Nervosa e fornece um índice de gravidade de preocupações típicas de pacientes com transtorno alimentar, particularmente, intenção de emagrecer e medo de ganhar peso. Este instrumento apresenta duas versões, uma com 40 itens, e outra menor, com 26 itens, sendo que esta última foi traduzida para o português e está em processo de validação – *Teste de Atitudes Alimentares*.

Outro instrumento é o *Eating Disorder Inventory – EDI*, que possui propriedades psicométricas bem estabelecidas em estudos de confiabilidade e validade. Apresenta 64 itens que avaliam as características psicológicas e comportamentais comuns à anorexia nervosa e à bulimia nervosa. Consiste em oito subescalas, três para avaliar os aspectos psicopatológicos específicos do transtorno alimentar (ímpeto para a magreza, insatisfação corporal e bulimia), e cinco para avaliar os aspectos psicopatológicos gerais observados em pacientes com transtorno alimentar. Apresenta uma versão revisada EDI-2 que contém mais três subescalas (asceticismo, regulação do impulso e insegurança social). Há uma versão do EDI para crianças (KEDS).

O *Eating Disorder Examination versão questionário - EDE-Q*, também pode ser utilizado para avaliar sintomas de anorexia nervosa, foi desenvolvido como uma versão autoaplicável do Eating Disorder Examination em formato de entrevista. Possui 41 itens e é constituído pelas mesmas quatro subescalas presentes no EDE (restrição alimentar, preocupação com a comida, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso). Possui uma versão em português chamado *Questionário de Investigação de Transtornos Alimentares*. Tanto o EDE-Q e EDE, possuem sua validade e confiabilidade bem documentadas.

É importante ressaltar algumas características dos pacientes com anorexia nervosa, como a baixa autoestima, sentimento de desesperança,

desenvolvimento insatisfatório da identidade, tendência a buscar aprovação externa, extrema sensibilidade a críticas e conflitos entre autonomia e a dependência. Pessoas acometidas por este distúrbio se sentem acima do peso, independente da imagem refletida no espelho, apresentam uma percepção distorcida quanto ao seu próprio corpo. Alguns se sentem totalmente gordos, outros percebem que são magros, mas preocupam-se com partes do corpo, principalmente abdômen, coxas e nádegas. Apesar das pessoas em volta notarem que o paciente está abaixo do peso, o mesmo insiste em negar, em querer emagrecer e perder mais peso. O funcionamento mental de uma forma geral está preservado, exceto quanto à imagem que tem de si mesmo e o comportamento irracional de emagrecimento.

Esse transtorno não melhora com o emagrecimento, pois esses pacientes permanecem insatisfeitos com sua aparência apesar da perda de peso, podendo utilizar métodos de controle de peso cada vez mais extremos. Alguns dos métodos pouco usuais para emagrecer utilizado por pessoas com anorexia são: auto indução de vômito, excesso de atividade física, ingestão de diuréticos, uso de laxantes e jejuns.

Portadores de anorexia apresentam uma recusa inconsciente de crescer, tentando conservar as formas da infância, apresentam grandes comprometimentos no relacionamento patológico com a mãe, frequentemente se dizem auto suficientes mas são dependentes, são carentes de afeto, com obsessiva tendência para o perfeccionismo, a maternidade e gravidez são considerados absurdos, há uma recusa da feminilidade, visando o corpo reto sem formas arredondadas nem seios, surgindo assim uma tentativa de controlar o próprio corpo.

Frequentemente se inicia com o desejo de perder alguns quilos, porém há ocasiões em que o começo da doença se deve por um fato significativo da vida, como a diminuição da ingestão de alimentos devido a um problema vivencial (termino de relacionamento, demissão, etc.). As dietas passam a ter um objetivo especial para essas pessoas, dar uma sensação de poder e controle sobre seu comportamento alimentar, o que não experimenta em outras áreas da sua vida.

A perda de peso decorrente deste distúrbio é conseguida através da seleção dos alimentos, ocorrendo uma preocupação exagerada com o conteúdo calórico e teor de gordura dos mesmos, depois esses pacientes podem ficar

longos períodos sem comer, chegando ao jejum total onde não é ingerido nem água. Pesam-se incessantemente em diferentes balanças e utilizam de técnicas para enganar os familiares, escondendo ou jogando fora os alimentos e usando roupas cada vez mais folgadas, para que permitam disfarçar a magreza.

Pode ser observado como parte desse quadro sintomas depressivos, isolamento social, irritabilidade e insônia. A amenorreia sempre está presente na anorexia, além desta, inúmeros comprometimentos físicos e orgânicos são consequentes à desnutrição e às alterações neuroendócrinas, como a perda de interesse sexual, pele seca e amarelada, unhas e cabelos quebradiços, sede excessiva, tonteira, cefaleia, letargia, edema de membros, anemia, distúrbios de coagulação e alterações metabólicas, cardiovasculares e gastrintestinais. Nos casos em que ocorre indução de vômitos pode-se observar desgaste do esmalte dentário provocado pelo suco gástrico dos vômitos, que leva à descalcificação dos dentes e aumenta o desenvolvimento de cáries, podendo levar até a perda de dentes e o Sinal de Russell (lesões cicatriciais no dorso das mãos, causadas pela introdução da mão na boca para estimular o reflexo do vômito, que pode variar de calosidade à ulceração). No entanto, o distúrbio mais sério, responsável pela maioria dos casos de morte, é o distúrbio hidroeletrólítico, cuja consequência maior é a manifestação de arritmias por vezes fatais.

Por envolver fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, o tratamento da anorexia nervosa deve abranger uma abordagem individual e familiar com uma equipe multidisciplinar composta por psicólogo, médico (clínico ou endocrinologista), psiquiatra e nutricionista.

Pacientes anoréxicos apresentam muita resistência a qualquer tipo de intervenção externa, o que colabora para um dos maiores índices de recusa e desistência do tratamento. Estes desenvolvem atitudes negativas em relação à alimentação durante longos períodos, e isso interfere no processo de recuperação. Pessoas com essa patologia apresentam um aumento da autoestima a cada quilo perdido, e os objetivos do tratamento envolvem o ganho de peso, colocando-os de frente com o que mais temem.

Os objetivos do tratamento da anorexia nervosa são: promover uma auto regulação do peso corporal, permitindo recuperar a menstruação, restabelecimento dos padrões saudáveis de alimentação, tratar as complicações físicas decorrentes da doença, tratar os pensamentos, sentimentos e crenças

inapropriadas, melhorar o relacionamento social, obter apoio familiar ao tratamento e prevenir as recaídas.

Podemos observar a gravidade desta doença e a necessidade de profissionais da saúde se ajustarem aos novos instrumentos de avaliação, para melhor localizarem os diversos níveis da psicopatologia da alimentação. Também é importante ressaltar que uma ampla educação, a nível escolar, talvez possa diminuir os dados alarmantes deste grave problema, visto que a faixa etária mais afetada está entre adolescentes.

### **2.2.2 Vigorexia**

A **Vigorexia** é uma das mais recentes patologias emocionais estimuladas pela cultura. Por tratar-se de um transtorno tornado frequente mais recentemente, ainda não foi catalogada como doença específica pelos manuais de classificação internacionais (CID-10 e DSM-IV). Caracteriza-se pela prática excessiva de exercícios físicos, obsessiva preocupação com o corpo e adoção de práticas alimentares não convencionais. Indivíduos acometidos por esse transtorno se descrevem como fracos e pequenos, quando apresentam musculatura desenvolvida em níveis acima da média.

É também conhecida como Dismorfia Muscular e Anorexia Nervosa Reversa, foi descrita como uma subdivisão de um quadro mais abrangente chamado de **Transtorno Dismórfico Corporal**, definido como uma preocupação obsessiva com algum defeito imaginário na aparência física numa pessoa com aparência normal, essa preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os quadros mais comuns no Transtorno Dismórfico Corporal envolvem preocupações com defeitos faciais ou outras partes do corpo, cheiro corporal e aspectos da aparência.

A Dismorfia Muscular é uma patologia psíquica que envolve uma preocupação de não ser suficientemente forte ou musculoso em todas as partes do corpo, é uma alteração na percepção do esquema corporal especificamente referente à estética muscular do corpo, onde as pessoas que sofrem deste transtorno estão continuamente em obsessiva busca da perfeição estética, se diferencia do Transtorno Dismórfico Corporal, o qual se caracteriza por um

sofrimento e uma obsessão com alguma parte específica do corpo que impeça a pessoa que sofre do transtorno de ter uma vida normal.

O *DSM IV* diz que a característica essencial do Transtorno Dismórfico Corporal (historicamente conhecido como *Dismorfofobia*) é uma preocupação com um defeito na aparência, sendo este defeito imaginado ou, se uma ligeira anomalia física está realmente presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva e desproporcional.

A Dismorfia é uma palavra grega que significa feiúra. A primeira referência aparece na história de Herodutus, no mito da garota feia de Esparta, que era levada por sua enfermeira, todos os dias, ao templo para se livrar da sua falta de beleza e atrativos.

O termo Dismorfia Corporal foi proposto em 1886 pelo italiano Morselli. Alguns autores escreveram sobre a Dismorfia Corporal de formas diferentes, Kraepelin, em 1909, a descrevia como uma neurose compulsiva, Janet, em 1903, como uma obsessão com a vergonha do corpo, Jahrreiss, em 1930, como hipocondria da beleza, e Stekel, 1949, escreveu sobre um grupo peculiar de ideias obsessivas que as pessoas apresentam a respeito de seu próprio corpo.

O termo **Vigorexia** foi primeiramente descrito em 1993, pelo psiquiatra americano Harrisom G. Pope, da Faculdade de Medicina de Harvard, Massachusetts, que a chamou inicialmente de Anorexia Reversa. Em seus últimos trabalhos Pope utilizou o termo “Síndrome de Adônis”, caracterizando como uma espécie de culto ao corpo perfeito, reconhecendo que os homens eram os principais acometidos e, mais raramente, algumas mulheres. Pope observou existirem muitos elementos em comum entre a Anorexia e a Vigorexia, considerando-os como doenças ligadas à perda de controle de impulsos narcisistas. Apontou algumas das características em comum:

<b>Características comuns da Anorexia e da Vigorexia</b>
1. Preocupação exagerada com o próprio corpo
2. Baixa autoestima
3. Distorção da Imagem Corporal
4. Personalidade Introversa
5. Tendência à automedicação
6. Fatores socioculturais comuns
7. Idade de aparecimento igual (adolescência)
8. Modificações da dieta

FIGURA 2: Quadro das características em comum da Anorexia e da Vigorexia.

Segundo Grieve (2007), citado por Camargo *et al.* (2008), classificou nove variáveis identificadas na literatura da dismorfia muscular: massa corporal, influência da mídia, internalização do ideal de forma corporal, baixa autoestima, insatisfação pelo corpo, falta de controle da própria saúde, efeito negativo, perfeccionismo e distorção corporal.

O aumento da incidência de Transtornos Dismórficos, sejam os corporais (associados à Anorexia e Bulimia) ou musculares (Vigorexia) está associado aos padrões rigorosos de beleza atuais.

A Vigorexia deve ser considerada um transtorno da linhagem obsessivo-compulsiva, tanto pela obsessão em musculatura, pela compulsão aos exercícios e ingestão de substâncias que aumentam a massa muscular, quanto pela fragante distorção do esquema corporal. Uma das observações psicológicas desses pacientes é que tem vergonha do próprio corpo, por isso evitam exposição de seus corpos em público, uma preocupação anormal com sua massa muscular, recorrendo assim aos exercícios excessivos de levantamento de peso, prática de dietas hiperprotéicas, hiperglicídicas e hipolipídicas, e uso indiscriminado de suplementos protéicos, além do consumo de esteróides anabolizantes como fórmula mágica para acelerar o fortalecimento. Esse transtorno evolui para um quadro onde as pessoas acometidas por essa doença se sentem fracassadas, abandonam suas atividades e se isolam em academias dia e noite.

O problema é mais encontrado no início da adolescência, por ser um período onde as pessoas tendem a ser insatisfeitas com o próprio corpo e se submetem exageradamente aos ditames da cultura. A importância da identificação da Vigorexia precocemente é no sentido de evitar que os adolescentes façam uso de drogas para obter os resultados desejados (ou fantasiados).

A prevalência da Vigorexia afeta com maior frequência homens entre 18 e 35 anos, mas pode também ser observada em mulheres, sendo expressa por fatores socioeconômicos, emocionais, fisiológicos, cognitivos e comportamentais. O nível socioeconômico destes pacientes é variado, mas geralmente é mais frequente na classe média baixa. Em alguns casos, a obsessão com o próprio corpo se assemelha com o mesmo fenômeno observado na anorexia nervosa.

A prática de atividade física contínua característica desta desordem pode ser comparada a um fanatismo religioso, colocando à prova constantemente a

forma física do indivíduo, que não se importa com as consequências que podem ocorrer em seu organismo. Além disto, em relação aos exercícios físicos, observa-se que indivíduos com Vigorexia não praticam atividades aeróbicas, pois temem perder massa muscular.

Falhas nos corpos destes indivíduos que, normalmente, passariam despercebidas para outros, são reais para estes pacientes, conduzindo os mesmos à depressão ou ansiedade, problemas no trabalho e relações sociais. Como resultado, podem perder o emprego e apresentar problemas de relacionamento.

Segundo Baptista (2005), frequentadores assíduos de academia que realizam exercício físico em excesso na busca de um corpo perfeito, fazem parte do grupo de pessoas que sofrem de Vigorexia. Este transtorno pode ser agravado pela busca inconstante da beleza física, acompanhadas de ansiedade, depressão, fobias, atitudes compulsivas e repetitivas (como olhadas seguidas no espelho).

Podemos observar que a estética é supervalorizada em alguns esportes e serve mesmo como critério para a obtenção de resultados satisfatórios nas competições, explicando a maior prevalência de transtornos alimentares em atletas do que não atletas. Os treinadores normalmente expressam preocupações sobre alguns de seus atletas, principalmente em relação àqueles que necessitam de baixo peso corporal como corredoras, ginastas, lutadores e atletas do peso leve.

O fisiculturismo é um dos esportes que mais comumente se relaciona com este tipo de transtorno. No fisiculturismo as categorias são divididas por peso corporal, levando estes atletas a utilizarem diversos recursos para a manutenção ou redução de seu peso. Outro ponto importante é que participantes desta modalidade esportiva são julgados por sua aparência e não por sua performance.

Um estudo realizado por Lantz, Rhea e Cornelius (2002), com 100 fisiculturistas e 68 levantadores de peso, sendo todos atletas de elite competitivos, mostrou que os pertencentes ao primeiro grupo apresentaram maiores porcentagens de indicadores de Vigorexia, como preocupação com tamanho do corpo e simetria, proteção psíquica, comportamento alimentar típico e uso de medicamentos, do que levantadores de peso. Isto indica que fisiculturistas podem ser um grupo de risco para a desordem.



Outro estudo realizado na África do Sul por Hitzeroth, Wessels, Zungu-Dirwayi, Oosthuizen e Stein (2001), com 28 fisiculturistas competitivos amadores encontrou a prevalência de 53,6% de Vigorexia. Foi também descrito neste estudo que 33% dos atletas com Vigorexia tinham maior tendência a apresentar desordem dismórfica corporal relacionada a outros aspectos que não a musculatura.

E uma pesquisa realizada por Hildebrand, Schlundt, Langenbucher e Chung (2006), com 237 levantadores de peso do sexo masculino mostrou que indivíduos que apresentam Dismorfia Muscular apresentam altos índices de distúrbios de imagem corporal, de sintomas relacionados a psicopatologias associadas, de uso de esteroides anabolizantes e comportamento controlador em relação à aparência.

As complicações da vigorexia ou overtraining são várias, como as consequências pelo excesso de treinamento, em que o nosso corpo demonstra reações corporais que são semelhantes ao estresse, como por exemplo, a insônia, falta de apetite, irritabilidade, desinteresse sexual, cansaço constante, dificuldade de concentração entre outras, problemas físicos e estéticos também podem ser encontrados, como a desproporção displásica, também entre o corpo e cabeça, problemas ósseos e articulares devido ao peso excessivo, falta de agilidade e encurtamento de músculos e tendões.

Com o consumo de esteroides anabolizantes, a situação se agrava, ocorrendo um aumento do risco de doenças cardiovasculares, lesões hepáticas, disfunções sexuais, diminuição do tamanho dos testículos e maior propensão ao câncer da próstata.

Normalmente pode ser encontrado algum grau significativo de comprometimento social e/ou ocupacional nos pacientes portadores de Vigorexia, e sua qualidade de vida pode ser agravada ainda por procedimentos potencialmente iatrogênicos e onerosos, como tratamentos cirúrgicos e dermatológicos desnecessários.

Não há uma descrição para o tratamento da Vigorexia até o momento. Indivíduos com Vigorexia dificilmente procuram tratamento, pois através dos métodos propostos geralmente acarretarão perda da massa muscular. Caso o indivíduo faça uso de esteroides anabolizantes, sua interrupção deve ser sugerida imediatamente.

No campo psicológico, o tratamento envolve a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física, deve-se abordar e encorajar atitudes mais sadias, e enfrentar a aversão de expor o corpo.

Não existem muitos estudos para caracterizar adequadamente as alterações do consumo alimentar de indivíduos com Vigorexia, o que dificulta no tratamento que deve ser multidisciplinar, com nutricionistas, psicólogos, médicos e que deve ser feito com os treinadores também para o sucesso do tratamento e para uma menor incidência da Vigorexia, já que treinadores podem ajudar no desenvolvimento de problemas em relação à saúde física e psicológica de atletas e desportistas.

Com a modernização, a mídia ganhou uma grande importância na vida das pessoas, mostrando um mundo onde só existem corpos perfeitos que são mostrados como sinônimos de beleza e sucesso, o que atinge homens e mulheres que acabam ficando propícios a desenvolverem transtornos alimentares. Sendo assim, o que passa a ser desejável é que o ser humano esteja moderadamente preocupado com seu corpo, sem que essa preocupação se converta numa obsessão. O ideal desejável e sadio não é o padrão imposto pelas revistas de beleza e pelos modelos publicitários, mas sim estar satisfeito consigo mesmo e aceitar-se como é.

### **2.2.3 Ortorexia Nervosa**

A **Ortorexia Nervosa** é um quadro recente, no qual o indivíduo se preocupa excessivamente com a pureza dos alimentos consumidos, de forma, a saber, o conteúdo nutricional de tudo que ingere e acaba deixando de comer alimentos importantes, como carne, carboidratos e gorduras, sem a correta substituição dos mesmos. O termo Ortorexia vem do grego, onde "orthos" significa "correto" e "verdadeiro", e "orexis" quer dizer "apetite", foi criado em 1997 por Steven Bratman, um médico americano, para designar um quadro obsessivo caracterizado por fixação pela saúde alimentar, com uma obsessão doentia pelo alimento biologicamente puro, que resulta na criação de rituais e adoção de uma dieta restritiva, com conseqüente isolamento social. Após observar constantes

episódios de pessoas com o problema, Bratman lançou, em 2001, o livro *Health food junkies* (Viciados em comida saudável, em tradução livre).

Segundo Bratman (2002), citado por Martins *et al.* (2011, p.348), em certa fase de sua vida apresentava-se excessivamente preocupado com certos aspectos alimentares. De acordo com seu testemunho pessoal:

Era um vegetariano, comia legumes frescos e de qualidade plantados por mim, mastigava cada colherada mais de 50 vezes, comia sempre sozinho, em local sossegado, e deixava o meu estômago parcialmente vazio, no final de cada refeição. Tornei-me um presunçoso que desdenhava qualquer fruto colhido da árvore há mais de quinze minutos. Durante um ano fiz esta dieta, senti-me forte e saudável. Observava com desprezo àqueles que comiam batatas fritas e chocolates como meros animais reduzidos à satisfação dos seus desejos. Mas não estava satisfeito com a minha virtude e sentia-me sozinho e obcecado. Evitava a prática social das refeições e obrigava-me a esclarecer familiares e amigos acerca dos alimentos.

Essa doença ainda não foi reconhecida oficialmente como um transtorno, portanto este é um quadro não validado pelo DSM IV e nem pelo CID 10, e ainda existem poucas publicações sobre o tema na literatura científica. É considerado pelos autores de modo geral como variante sintomático dos Transtornos Alimentares, principalmente da Anorexia ou do Transtorno Dismórfico Corporal, ambos situados dentro do aspecto obsessivo compulsivo. Pessoas acometidas por esta doença se assemelham com anoréxicos por serem de uma forma geral meticulosas, perfeccionistas, organizadas, e com uma necessidade exagerada de autocuidado e proteção. Além de que ambos parecem ser impulsionados por pressões sociais, sendo a anorexia afetada pelos padrões estéticos de beleza e pelo culto ao corpo, enquanto a ortorexia influenciada pela ênfase no viver saudável, em seu foco biológico. Porém, diferente da anorexia nervosa, cuja ideologia é focada na perda de peso, a ortorexia busca alcançar a “dieta saudável perfeita”. Nesse sentido, o comportamento ortoréxico traz a criação de regras rígidas e a sensação de superioridade e desprezo em relação às pessoas que não adotam as mesmas normas em sua alimentação e estilo de vida.

A Ortorexia Nervosa acomete tanto os homens, quanto mulheres. As características observadas em pessoas com comportamento ortoréxico incluem a preocupação exagerada com hábitos alimentares saudáveis e a dedicação de

grande parte do tempo a planejar, comprar, preparar e fazer refeições (conhecido como a “espiritualidade da cozinha”). A alimentação desses indivíduos deve ser livre de agrotóxicos, conservantes, herbicidas, pesticidas, corantes, ingredientes geneticamente modificados e excesso de gorduras saturadas, sal e açúcar. O modo de preparo dos alimentos também pode fazer parte do ritual obsessivo, como cortar hortaliças apenas de uma determinada forma, os utensílios utilizados (ex: somente madeira, metal, etc) e a origem dos alimentos, como foram plantados, colhidos ou criados, além dos processos até a chegada aos supermercados. Neste contexto, a alimentação passa a ser a preocupação central do dia a dia, para a qual o indivíduo se dedica cada vez mais, com objetivo de ingerir alimentos que contribuam para o bom funcionamento do organismo e libertem o corpo e a mente de impurezas a fim de alcançarem um corpo saudável e maior qualidade de vida. A diferença entre Ortorexia e a *Síndrome do Gourmet*, é que na Síndrome de Gourmet não há nenhuma preocupação com os “alimentos politicamente corretos e saudáveis”.

Os comportamentos nutricionais cada vez mais restritivos originam num prejuízo da própria saúde dos ortoréxicos, por deixarem de comer alimentos importantes para nosso organismo, podendo gerar grande perda de peso, carências nutricionais e/ou um de distúrbio da conduta alimentar. Em um prazo longo de tempo a falta de vitaminas e minerais, como o ferro e o cálcio, pode provocar o desenvolvimento de anemia e osteoporose pela acentuada perda de peso. Também pode ser observado um isolamento social, devido ao fascínio da dieta saudável acabar tomando conta da vida do ortoréxico, que passa a apresentar um desprezo pelos que não seguem os mesmos “padrões elevados” de alimentação, evitar a prática social das refeições, insatisfação com a própria condição e a autoimposição para tentar esclarecer outros acerca dos alimentos “saudáveis”. Desta forma deixam de sair com os amigos e familiares, causando conflitos e dificuldades de relacionamento. Esses pacientes não procuram tratamento por acreditarem que estão fazendo as escolhas certas.

De acordo com a Associação Brasileira de Nutrologia, os principais sinais de Ortorexia Nervosa são:

<b>Ortorexia Nervosa</b>
<p><b>Sinais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca obsessiva por normas de alimentação saudável;</li> <li>• Checagem de composição de alimentos antes da refeição;</li> <li>• Preocupação excessiva com a forma de preparo dos pratos, incluindo os utensílios utilizados;</li> <li>• Evitar se alimentar fora de casa, distanciando-se, assim, de eventos sociais;</li> <li>• Queda de cabelo e unhas quebradiças em decorrência da falta de nutrientes;</li> <li>• Transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade.</li> </ul>

FIGURA 3: Quadro com os sinais da Ortorexia Nervosa.

Na Ortorexia Nervosa como na Vigorexia pode-se observar uma inclinação obsessiva nos pacientes, uma preocupação exagerada e tirânica com a perfeição e uma rigidez às normas e regras. Na Ortorexia o paciente preza por uma alimentação considerada politicamente correta e pretensamente saudável, apresentando uma exclusividade no consumo de frutas, folhas e legumes.

Foram desenvolvidos dois testes importantes para o diagnóstico de Ortorexia Nervosa ao longo do tempo, o primeiro foi criado por Bratman, envolvendo atitudes em relação aos alimentos (*BOT* ou *Bratman's orthorexia test*), com dez afirmativas que permitem respostas dicotômicas: “sim” ou “não”, e o segundo foi instituído por um grupo de pesquisadores italianos, que criou e validou um instrumento intitulado ORTO-15, que já tem disponibilidade online em versão em português. Este contém 15 questões de múltipla escolha (sempre, frequentemente, às vezes e nunca) que inclui alguns dos itens do BOT e agrega outros criados, abordando atitudes obsessivas relacionadas à escolha, aquisição, preparo e consumo de alimentos considerados saudáveis. Apesar de o teste ter apresentado boa capacidade preditiva, os próprios autores ressaltam que o teste não identifica comportamentos obsessivo-compulsivos e recomendam que novas questões devam ser acrescentadas e novas avaliações do instrumento realizadas.

Ainda não há uma prevalência da Ortorexia Nervosa, mas através destes instrumentos citados acima, estudos e artigos internacionais sugerem que estudantes de medicina, médicos, nutricionistas, atletas que se dedicam a esportes como fisiculturismo e atletismo, adeptos de modismos alimentares e de hábitos alimentares alternativos, como vegetarianos e dieta macrobiótica, pessoas com sintomas de ansiedade, e que supervalorizam o corpo perfeito constituem grupos suscetíveis ao desenvolvimento desse transtorno.

No Brasil, foi feita uma investigação do comportamento ortoréxico em uma amostra de 392 nutricionistas por Alvarenga *et al.* (2012), onde foi utilizado o teste ORTO-15 online, em sua versão em português. Através desta pesquisa foi observada uma tendência ao comportamento ortoréxico, em aspectos como a escolha de alimentos relacionada à qualidade nutricional ao invés do sabor, a crença de que alimentos saudáveis podem melhorar a aparência física e a rejeição de escolhas alimentares consideradas como transgressões. Porém, são necessárias novas investigações para confirmar a validade e confiabilidade do instrumento traduzido para uso em nossa população, a fim de conhecer a prevalência da ortorexia.

Segundo Martins *et al.* (2011), a alimentação saudável deve ser pensada além do biológico, já que o ser humano não tem necessidades apenas biológicas. O comportamento alimentar está inserido na atitude alimentar, é entendido como um processo que constitui um conjunto de ações realizadas com relação ao alimento, que têm início no momento da decisão e envolvem a disponibilidade, o modo de preparar, os utensílios usados, as características, os horários e a divisão da alimentação nas refeições do dia, as preferências e aversões alimentares e finalmente encerra com o alimento sendo ingerido.

Alguns autores definiram a atitude alimentar como crenças, pensamentos, comportamentos, sentimentos e relacionamento para com os alimentos. Esta visão engloba, portanto, as cognições e os conhecimentos que o indivíduo tem sobre alimentação e a carga afetiva em relação aos alimentos. Estes fatores predispõem a determinadas ações que marcam o relacionamento de uma pessoa com sua alimentação.

Beumont *et al.* (1990), citado por Martins *et al.* (2011, p 354) ressaltam que “o comer adequadamente não está relacionado apenas com a manutenção da saúde, mas também com um comportamento socialmente aceitável, flexibilidade e satisfação”.

O tratamento da Ortorexia Nervosa envolve a compreensão do paciente de que a alimentação saudável não é se restringir a certos grupos de alimentos, deve ser balanceada e ter os nutrientes necessários para a saúde, o tratamento requer a participação de equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas e nutricionistas especializados. É importante ressaltar que para um bom resultado do tratamento, além da psicoterapia, e de

suplementos alimentares é necessário também uma reeducação alimentar. Esse transtorno deve ser discutido para alertar os profissionais da área da saúde sobre a existência desse comportamento inadequado e suas possíveis consequências não só para a saúde física e emocional, mas também para a visão de alimentação saudável.

#### **2.2.4 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica**

A obesidade é um importante problema de saúde pública, tendo em vista sua alta prevalência, que continua crescendo, a dificuldade no controle e o elevado índice de reincidir. Apesar de uma boa parte dos profissionais da saúde concordarem que a obesidade é compreendida como uma manifestação somática de um conflito psicológico que, em determinados indivíduos com formação egóica inadequada, seria solucionado através de uma alimentação excessiva, essa postura não tem sido bem aceita, pelo menos quando se fala de obesos da população geral e os manuais não aceitam a obesidade como um transtorno psiquiátrico. A obesidade pode surgir ao longo da vida do indivíduo por influência genética (a pessoa apresenta distúrbios no seu metabolismo que são inerentes à sua carga genética herdada de seus pais), nutricional (a obesidade se deve à ingestão de alimentos sem valor nutricional adequado, podendo estar exagerando ingerindo nutrientes muito calóricos), comportamental (onde predomina os erros de comportamentos como um estilo de vida sedentário, hábitos inadequados na maneira de alimentar-se, como comer depressa, sem mastigar direito, comer em pé ou andando por causa do pouco tempo), e psicológica (as pessoas que estão passando uma situação de depressão, ansiedade, estresse, solidão, rejeição, e muitas outras, poderão comer demais, na tentativa de compensar o problema, ocorrendo uma perda do controle alimentar).

Uma subcategoria da obesidade pode ser constituída por obesos comedores compulsivos, que se caracterizam por apresentarem o início da obesidade mais cedo que os não compulsivos, níveis maiores de psicopatologias, especialmente a depressão, tendência a engordar comparados aos que não possuem este transtorno, maior prevalência da flutuação de peso, início mais cedo de preocupações com o peso e dietas e conseqüentemente um prejuízo maior no funcionamento ocupacional e social.

O comportamento de compulsão alimentar, em inglês denominada *BE*, foi inicialmente reconhecida como um padrão distinto de alimentação dentre indivíduos obesos. O ***transtorno da compulsão alimentar periódica*** (TCAP) foi descrito pela primeira vez em 1950 por Stunkard (1959). Porém apenas em 1994 foi incluído no apêndice B do DSM-IV, como um transtorno que necessita de maiores estudos para melhor caracterização. Trata-se de uma síndrome definida por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sem a presença de comportamentos compensatórios extremos para a perda de peso como vômito e laxantes, já que nesse caso se classificaria como bulimia. Caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de comida em até duas horas, acompanhada da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come, que devem ocorrer, pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses.

Estima-se uma frequência de 5 a 30% do TCAP em obesos que buscam serviços especializados para tratamento da obesidade. Pacientes obesos com compulsão alimentar apresentam maior resistência com os tratamentos, pela incapacidade de controlar a ingestão de alimentos, e apresentam uma tendência a engordar se comparados a pessoas sem este transtorno.

Alguns autores asseguram que uma pessoa com TCAP abrange principalmente dois elementos: o subjetivo (através da sensação de perda de controle) e o objetivo (através da quantidade de alimentos ingeridos). Pacientes com o TCAP apresentam baixa autoestima, ansiedade, culpa, vergonha, dificuldade em controlar seus impulsos e uma ambiguidade de sentimentos.

Têm sido encontrados elevados índices de depressão, de transtornos de ansiedade (como agorafobia, fobia simples e transtorno de estresse pós-traumático), bulimia, tabagismo e transtorno de personalidade borderline em obesos comedores-compulsivos que procuram tratamento.

Existem dois questionários específicos para a identificação do TCAP: o *Binge Eating Scale – BES*, que é um instrumento largamente utilizado, que foi desenvolvido para avaliar a gravidade da compulsão alimentar periódica em indivíduos obesos, de uma forma a possibilitar a elaboração de estratégias terapêuticas mais adequadas e a avaliação sequencial do tratamento nesse subgrupo de pacientes obesos. Essa escala possui 16 itens que avaliam as manifestações comportamentais, sentimentos e cognições envolvidos num episódio de compulsão alimentar periódica e apresenta uma versão validada em



português, a *Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP*, com adequadas propriedades psicométricas que indicam sua utilização para o descobrimento do TCAP em indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer, e que deverá apresentar uma confirmação por uma entrevista clínica; o outro instrumento é o *Questionnaire on Eating and Weight Patterns – QEWP*, que foi desenvolvido especificamente para fornecer o diagnóstico de TCAP de acordo com os critérios do DSM-IV e foi posteriormente revisado para atender as propostas estabelecidas no manual, passando a ser chamado de *QEWP-R*. Possui 28 questões sobre episódios de compulsão alimentar periódica, indicadores de perda de controle no comer, métodos compensatórios de controle do peso, história de peso e dieta, grau de preocupação com o peso e o corpo e dados demográficos básicos. É indicado para o rastreamento do TCAP na população geral e para distinguir Bulimia Nervosa purgativa e Bulimia Nervosa não purgativa. Há uma versão revisada em português, que se chama *Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso*, que possui um estudo de validação.

O TCAP geralmente tem início na infância ou na adolescência, se difere da hipergafia por não estar associado a um evento traumático, e se diferencia da bulimia por não apresentar comportamentos compensatórios extremos para a perda de peso como vômito e laxantes e apresenta um índice de massa corpórea superior aos portadores de Bulimia Nervosa. Apesar de o TCAP e a Bulimia Nervosa estarem fortemente relacionados, já que ambos apresentam uma insatisfação com seus corpos e são influenciados pela mídia, que possui um padrão de magreza exagerado, acabam se envolvendo em práticas alimentares e comportamentos disfuncionais em busca desse ideal de beleza. Nesses dois transtornos o contato com o próximo e íntimo é evitado, as relações apresentam uma tendência a serem mais superficiais, desta forma o sintoma se perpetua.

A maioria dos acometidos por este transtorno apresenta um longo histórico de tentativas de fazer dietas e um sentimento de desespero pela dificuldade em controlar a ingestão de alimentos.

Segundo Castillo (1990), quando o alimento é usado de forma inadequada, como para suprir diferentes estados emocionais, fica difícil diferenciar estados emocionais de sinais fisiológicos, como a fome. Dessa forma, o alimento torna-se

um aspecto central de extrema importância na vida do indivíduo e, independente da fonte e da natureza da inquietação, é usado indiscriminadamente.

O estresse, que esta cada vez mais presente na sociedade, tem sido evidenciado como um fator que pode ajudar no aumento da ocorrência de compulsões alimentares, pelo fato de que em situações estressantes, o cortisol é liberado estimulando a ingestão de alimentos e o aumento do peso. Estudos demonstram que pessoas obesas apresentam uma capacidade gástrica maior do que em pessoas com peso normal, o que facilita a ingestão de grande quantidade de alimentos. Porém, segundo Geliebter (2002), desconhece-se a existência de um transtorno alimentar que tenha sido predisposto por uma grande capacidade gástrica.

Segundo Stunkard (2003), estima-se a prevalência em TCAP numa dimensão variada, em parte devido à variação das definições de compulsão. No Brasil, foi encontrada uma prevalência entre 15% e 22% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer, segundo algumas pesquisas e entre os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, esta prevalência é maior e pode variar de 27% a 47%. Aproximadamente 20% das pessoas que se identificam como possuidoras de compulsão alimentar possuem diagnóstico de TCAP.

Borges (1998) encontrou uma frequência de 16% de TCAP em mulheres obesas de um programa de vigilantes do peso.

Uma pesquisa realizada por Petribu *et al.* (2006), entrevistou 67 de 400 pacientes obesos mórbidos inscritos no programa de cirurgia da obesidade do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) no Recife, e foi observado o TCAP em 56,7% dos pacientes, e os mesmos apresentaram os piores escores em todos os domínios de qualidade de vida segundo os testes aplicados. Sendo assim foi constatada elevada prevalência de TCAP. Outras diferenças estatisticamente relevantes foram que o grupo com TCAP realizou mais tratamentos com objetivo de perder peso e apresentou mais depressão do que o grupo sem TCAP.

A procura pela cirurgia da obesidade, que vem sendo realizada com sucesso, está aumentando significativamente por causa da dificuldade nos tratamentos de redução de peso. Sabendo que os portadores de TCAP apresentam vasta psicopatologia, deve-se aprimorar a detecção desses distúrbios a fim de proporcionar-lhes o tratamento adequado, desta forma é de suma importância uma avaliação psiquiátrica pré-operatória, mesmo que por meio de

escalas de avaliação validadas, pois o tratamento prévio do transtorno psiquiátrico associado à obesidade pode ser essencial para o sucesso do procedimento cirúrgico. É importante ressaltar que podem acabar surgindo complicações pós-operatórias que possam comprometer o resultado da cirurgia, por causa das alterações do comportamento alimentar.

Como não há um consenso na literatura sobre os critérios para avaliação psiquiátrica nos candidatos às operações bariátricas, cada equipe multidisciplinar parece usar seus próprios critérios. Transtornos psiquiátricos, especialmente do humor, ansiosos e psicóticos são frequentemente considerados contraindicações para o procedimento. Contudo não há dados precisos nem fatores preditivos de bom ou mau prognóstico adequadamente estudado e/ou comprovados.

A recuperação da cirurgia também é um processo muito complexo e que exige atenção, pois depende da disposição que os pacientes têm para a mudança, como auto aceitação, disciplina, juntamente com a ajuda profissional.

Apesar do transtorno da compulsão alimentar periódica apresentar uma elevada prevalência na população geral, pouco se sabe a respeito das correlações psicossociais e comportamentais deste distúrbio em amostras não clínicas. Este transtorno é uma síndrome do comportamento alimentar com características ainda incertas e às vezes conflitantes. Diferentes estudos já demonstram alguns sinais e critérios sugestivos de um diagnóstico sindrômico, contudo faltam diretrizes mais apuradas para organizar um grupo razoavelmente homogêneo e caracterizá-lo como categoria diagnóstica.

### **2.3 Bulimia Nervosa sua história e aspectos psicológicos**

O termo “bulimia” vem da palavra grega “boulimia”, que significa “fome devorante”. Provém do adjetivo “boulimos”, que já era usado séculos antes de Cristo, onde “bou” significa boi e “limos” significa fome, significando literalmente “fome de boi”, designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi, ou quase. Hipócrates o empregava para designar uma fome doentia, diferente da fome fisiológica. A **Bulimia Nervosa** é caracterizada pela ingestão impulsiva e voraz de grande quantidade de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. Os episódios de hiperfagia normalmente são acompanhados

de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, como vômitos auto induzidos (que é o método compensatório mais comum entre bulímicos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes e inibidores de apetite), dietas, exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína.

A bulimia nervosa apareceu desde o século XVI como oposto da anorexia, na antiguidade grega era chamada de "cinorexia", que hoje é considerada uma palavra sinônimo de voracidade ou de bulimia. Analisando a história, podemos observar o uso de purgantes e a auto indução de vômitos. No antigo Egito, os egípcios vomitavam e usavam purgativos com frequência, pois acreditavam que todas as doenças dos homens eram vindas da comida. Na Grécia, Hipócrates recomendava a indução de vômitos por dois dias consecutivos todo mês como uma forma de prevenir diferentes doenças. Em Roma, foi criado o vomitorium, que permitia aos romanos comerem em excesso durante os banquetes, e posteriormente vomitarem em um local reservado para esta finalidade, às vezes era necessário usar uma pena de ave para estimular o vômito. As primeiras referências de bulimia nervosa datam do início do século XVIII, onde em 1743, o médico inglês R. James descreveu um quadro clínico que denominou de "True Boulimus" (verdadeira bulimia, em uma tradução livre), caracterizado por intensa preocupação com a comida, e pela ingestão voraz em um curto espaço de tempo, seguidos de períodos de jejum e desmaios, destacou também uma segunda variante chamada "Caninus Appetitus" aonde os episódios de voracidade são seguidos de vômito.

No século XIX, apareceram mais referências à bulimia, em 1869, na França, P.F. Blachez descreveu a bulimia como uma síndrome, "uma forma gástrica de desordem nervosa", apresentando duas formas distintas: a cinorexia (que se apresenta com vômitos) e a licorexia (onde se observa um trânsito intestinal acelerado).

Na psicanálise, a primeira tentativa de compreensão da bulimia nervosa, foi feita em 1932 pelo psicanalista russo Moshe Wulff, que relatou a aproximação da bulimia com diferentes tipos de neurose (histérica e obsessiva), com a melancolia e com as toxicomanias. Segundo Wulff essa doença se caracterizava pelo combate contra a sexualidade pré genital, especialmente voraz e insaciável. Posteriormente suas ideias foram exploradas pelo psicanalista Otto Fenichel, em 1945, que descreveu a bulimia como uma "toxicomania sem droga".

Essa expressão enfatiza a dimensão aditiva da bulimia e ao mesmo tempo a diferencia da toxicomania, em que é utilizada a administração de uma droga externa. O que caracteriza a dimensão aditiva da bulimia é muito mais o comportamento alimentar, a forma como o alimento é ingerido (de forma voraz, escondido e em grandes quantidades), do que o alimento propriamente dito.

Em “O Mal Estar na Civilização”, Sigmund Freud (1930) se refere à influência química das substâncias tóxicas, quando comenta a respeito de métodos usados pelo ser humano para evitar o sofrimento:

[...] é fato, porém, que existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos, provocam em nós, diferentemente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis. Os dois efeitos não só ocorrem de modo simultâneo, como parecem estar íntima e mutuamente ligados. (p. 96-97)

Ainda em 1930, Freud afirma a respeito do aspecto tóxico dos processos psíquicos:

No entanto, é possível que haja substâncias na química de nossos próprios corpos que apresentem efeitos semelhantes, pois conhecemos pelo menos um estado patológico, a mania, no qual uma condição semelhante à intoxicação surge sem a administração de qualquer droga intoxicante. Além disso, nossa vida psíquica normal apresenta oscilações entre uma liberação de prazer relativamente fácil e outra comparativamente difícil, paralela à qual ocorre uma receptividade, diminuída ou aumentada, ao desprazer. É extremamente lamentável que até agora esse lado tóxico dos processos psíquicos tenha escapado ao exame científico. (p. 97)

De acordo com essas colocações a bulimia pode ser vista como uma tentativa de evitação do sofrimento pela intoxicação alimentar.

Sobre a relação entre os transtornos alimentares e a experiência de satisfação, Freud relaciona tal experiência à impossibilidade de o bebê, sozinho, conseguir suprir suas necessidades de sobrevivência, ligando, assim, a satisfação à imagem do objeto.

Nos anos 40, os trabalhos começaram a referir o “desejo de ser magra” e o “medo de se tornar gorda”. Em 1944, o psicólogo suíço L. Binswanger cita o caso Nadia descrito por Pierre Janet em 1903, onde é apresentada uma descrição da relação anorexia-bulimia, para o estudo do caso de Ellen West, que apresentava sintomas como medo de engordar, caminhadas exageradas, apetite voraz alternando-se com dietas restritivas e abuso de hormônios tireoidianos para perder peso.

A bulimia estava sendo descrita na literatura entre pacientes com anorexia nervosa e posteriormente, nos anos 50, passou a ser descrita entre obesos, mas a partir dos anos 70, graças aos estudos do psiquiatra britânico Gerald Russell, a bulimia nervosa passou a ser considerada uma entidade nosográfica para a Psiquiatria, se diferenciando como identidade psicológica independente. Em 1979, Russell foi o primeiro a fazer uma descrição completa do quadro clínico, em estabelecer os primeiros critérios diagnósticos para este transtorno, e introduzir o termo "Bulimia Nervosa", fazendo uma descrição histórica de trinta casos, Russell definiu algumas características fundamentais, como o peso normal, impulso forte e incontrolável que essas pacientes apresentavam de comer em excesso (episódios bulímicos), a evitação do aumento de peso através de vômitos auto induzidos e uso de laxantes (explicando o peso destas pacientes se manter normal) e o medo mórbido de engordar, que estariam associadas com uma variedade de questões psicológicas e comportamentais. Estas mesmas pacientes haviam apresentado anorexia nervosa no passado, desta forma, Russell sugeriu inicialmente que a bulimia nervosa seria uma estranha variação da anorexia, e descreve como sintoma chave o binge-eating. O sinal de Russell, que se refere aos calos nos dedos ou dorso da mão devido a repetidas autoindução de vômito durante longos períodos de tempo, foi nomeado em sua homenagem após esta publicação.

Um ano mais tarde a American Psychiatric Association (APA) incluiu este transtorno no Manual Diagnóstico DSM-III (1980). E em 1983 Russell acrescentou outro critério diagnóstico que seria a exigência de um episódio anterior, manifesto ou crítico de anorexia nervosa. Desde então se incluiu uma nova questão, a possível relação entre os diferentes distúrbios alimentares. Não é raro que um paciente com anorexia nervosa evolua no futuro, para uma bulimia nervosa.

A partir destes achados, se promoveu amplamente a investigação dos distúrbios alimentares, o que permitiu uma melhor delimitação deste quadro clínico que é reconhecido nas classificações atuais.

Em 1998, no meio psicanalítico Bernard Brusset, salienta a respeito das comparações entre anorexia e bulimia:

[...] em vez de considerar formas particulares de anorexia que comportam fases bulímicas, têm-se questionado se todas as anoréxicas não seriam virtualmente bulímicas e se não seria necessário compreender essa síndrome (a anorexia) em função desse risco. Quanto mais as pacientes são acompanhadas de perto e, a fortiori, durante o curso de uma psicoterapia, mais se têm considerado os acessos bulímicos como frequentes, ainda que essa frequência seja muito diferentemente avaliada segundo cada autor. (p. 6)

Sobre as comparações entre a bulimia e a anorexia, podemos observar que a bulimia pressupõe um tipo de comportamento impulsivo (atos), enquanto a anorexia pressupõe um tipo de comportamento compulsivo (pensamentos). A anorexia ao longo da história foi associada aos jejuns religiosos, apresentando um caráter de orgulho, e a bulimia foi associada ao pecado da gula, caráter de vergonha.

Segundo O. Fenichel em sua teoria psicanalítica das neuroses, em 1981, o tipo compulsivo (anorexia), refere-se a uma conduta em que o sujeito é levado a agir em função de uma coação interna, com presença de obsessão e refere-se mais aos pensamentos obsessivos, e o tipo impulsivo (bulimia), refere-se ao aparecimento súbito de uma tendência para realizar algo, onde é enfatizado a perversão e a adição, refere-se mais às ações e nem tanto aos pensamentos, como na neurose obsessiva, a impulsão evoca a passagem ao ato, sem maiores elaborações (característica da neurose).

Segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV, a bulimia nervosa se caracteriza por: episódios recorrentes do comer compulsivo (“binge-eating”), que são caracterizados pela ingestão, em curto intervalo de tempo (aproximadamente num período de duas horas) de uma quantidade de alimento que é claramente maior do que a maioria das pessoas conseguiria comer no mesmo tempo, e em circunstâncias semelhantes, acompanhado de um sentimento de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante tais episódios (o indivíduo tem

o sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come); comportamentos compensatórios inadequados são utilizados para evitar o ganho de peso, como vômito auto induzido, uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas (lavagem do intestino grosso) ou outros medicamentos, dieta restritiva, jejum ou exercícios físicos excessivos; os episódios de “binge-eating” e esses comportamentos inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana durante três meses; a autoavaliação é inadequadamente influenciada pela forma e peso corporais; e por fim, este distúrbio pode ocorrer isoladamente ou durante episódios de anorexia.

O DSM-IV também distingue a bulimia nervosa em dois tipos: o *tipo purgativo*, onde o paciente recorre ao vômito auto induzido, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; e o *tipo não purgativo*, onde não há presença de práticas purgativas, o paciente recorre a outras práticas compensatórias, como dieta restritiva, jejum ou excesso de exercício físico.

A bulimia nervosa é uma doença grave que leva a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade. O início dos sintomas ocorre entre os 16 e 19 anos de idade, mas pode-se observar a demora na procura pelo tratamento médico, que pode levar em média, cinco anos. Essa demora ocorre devido a muitos pacientes acreditarem que este não é um problema médico, e por seus sentimentos de culpa e vergonha.

Estudos apontam que a prevalência da bulimia, segundo os critérios do DSM IV, seja de 1 a 4%, atingindo principalmente a população jovem feminina. Uma revisão de 12 estudos de incidência cumulativa realizada por Pawluck & Gorey (1998), relatou uma incidência de bulimia nervosa de 28,8 (DP=29,7) entre mulheres e de 0,8 (DP=0,0) em homens por 100.000 a cada ano. Quanto à mortalidade na bulimia, Hetherington (2000), relata ser em torno de 3%. O mesmo autor aponta que dietas severas e morbidade psiquiátrica em adolescentes constituiriam os fatores de risco para desenvolver um transtorno alimentar.

Fairburn *et al* (2000), realizaram um estudo sobre o curso natural da bulimia nervosa e do transtorno de compulsão alimentar periódica durante cinco anos. Neste estudo, foi observado que os indivíduos com bulimia nervosa tinham maior probabilidade de manter um diagnóstico de transtorno alimentar após cinco anos (n=47, 51%) comparados àqueles com transtorno de compulsão alimentar periódica (n=7, 18%).



Alguns instrumentos podem ser utilizados para observar a presença de sintomas de bulimia nervosa, os mais utilizados são: o *Eating Attitudes Test - EAT-26*, que indica a presença de padrões alimentares anormais, servindo para o rastreamento de bulimia nervosa e anorexia nervosa, como foi explicado anteriormente no tópico 2.2.1 intitulado “Anorexia Nervosa” deste trabalho; e o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh – BITE*, que foi desenvolvido para o rastreamento e a avaliação da gravidade da bulimia nervosa, apresentando propriedades psicométricas adequadas no estudo original, este instrumento foi utilizado para a investigação de sintomas de bulimia nervosa no presente trabalho, e será melhor explicado no capítulo “Indo a Campo”. Ambos instrumentos possuem validade e versões em português, intituladas respectivamente *Teste de Atitudes Alimentares - EAT-26* e *Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh - BITE*.

Além destes, outros instrumentos também podem ser utilizados para avaliar sintomas de bulimia nervosa, como: o *Binge Scale – BS*, que foi o primeiro questionário desenvolvido para avaliar episódios de compulsão alimentar periódica segundo os critérios diagnósticos de bulimia do DSM-III; o questionário autoaplicável *Bulimia Test – BULIT*, composto por 36 itens desenhados numa escala múltipla-escolha de cinco pontos. Uma segunda versão foi formulada - *BULIT-R*, para atender aos critérios do DSM-III-R e foi validada com os critérios diagnósticos do DSM-IV para bulimia nervosa, apresentando adequadas propriedades psicométricas; o *Questionnaire on Eating and Weight Patterns – QEWP*, que foi especificamente desenvolvido para fornecer o diagnóstico do TCAP na população geral, de acordo com os critérios do DSM-IV, e também pode ser usado para distinguir bulimia nervosa purgativa e não purgativa. Este instrumento foi relatado anteriormente no tópico 2.2.4 deste trabalho, chamado “Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica”; e os instrumentos *Eating Disorder Inventory (EDI)* e o *Eating Disorder Examination versão questionário (EDE-Q)*, ambos já mencionados no tópico 2.2.1, chamado “Anorexia Nervosa”.

A bulimia nervosa possui diversos fatores desencadeantes, os mais frequentes se relacionam com o sentimento de solidão, desamparo e fracasso, ou, ao contrário, de excitação e prazer. Como causas desta patologia, podemos observar a desestruturação da conduta alimentar, crise dos valores tradicionais, excesso de preocupação com a aparência, aumento dos problemas de

comportamento de adolescentes, consumismo exacerbado, modificações nas relações familiares e as transformações dos papéis masculinos e femininos na atualidade. Desta forma observamos que fatores biológicos, familiares, socioculturais e de personalidade se combinam de uma forma a moldar um indivíduo que tem alto risco de sentir-se fora de controle no que diz respeito à sua vida psíquica interna. É provável que portadores de bulimia nervosa comecem a buscar uma adaptação externa como meio de ganhar o controle do problema interno.

Pacientes com bulimia nervosa normalmente apresentam uma consciência clara do caráter patológico de suas condutas alimentares, porém não conseguem compreender que as compulsões alimentares acontecem em resposta às práticas de restrição alimentar. A vulnerabilidade psicológica desses pacientes poderia ser expressa em características do indivíduo (perfeccionismo, autoavaliação negativa, ansiedade, depressão) e da família (história familiar de psicopatologia, estilos de comunicação entre a família).

Considerando que a alimentação é um dos planos que apoia a relação psicoafetiva mãe-filha, alguns autores avaliam que portadores de transtornos alimentares sofreram, nas primeiras fases do desenvolvimento, uma falta de respostas adequadas às suas necessidades psicobiológicas, que poderia acontecer pelas demandas exigentes da criança, pela inadequação no cuidado das necessidades da criança nas relações primárias mãe-filha, ou por uma combinação de ambas.

A análise da etiologia da bulimia nervosa é feita pela psicologia, levando em conta diferentes planos, como o individual, o familiar e o social, e considerando diversos fatores. Desta forma podemos observar que a falta de respostas adequadas às necessidades do bebê na relação primária mãe-filha, uma dinâmica intrafamiliar com características especiais, um âmbito sociocultural com pressões intensas sobre o papel da mulher e, possivelmente, a participação de fatores genéticos, fazem com que algumas jovens passem pelo período da adolescência com uma deficiente formação de identidade, baixa autoestima e um sentimento muito confuso acerca dos objetivos que perseguem na vida.

Sendo assim, a falta de parâmetro é uma marca registrada desses pacientes, que intercalam períodos de privação de relacionamentos amorosos com condutas afetivas intensas, da mesma forma acontece nas relações

familiares, onde as trocas parentais são, na maioria das vezes, marcadas por baixos níveis de cumplicidade e respeito interpessoal e no trabalho, onde muitas pacientes se queixam de não terem encontrado uma profissão que se identificassem, engajando-se em rotinas que muitas vezes as privam do interesse e do prazer.

Alguns aspectos psicológicos são importantes serem comentados, como a baixa autoestima, pensamento do tipo "tudo ou nada", ansiedade alta, perfeccionismo, incapacidade de encontrar formas de prazer e satisfação, busca de problemas nas coisas, exigência alta e a incapacidade alcançar a felicidade.

Pacientes com bulimia após períodos de longos jejuns apresentam compulsões alimentares caracterizadas por total falta de controle, sendo assim, por vezes, comem descontroladamente sem mastigar e sem saborear a comida. Porém esse descontrole não é absoluto, o indivíduo pode interromper um ataque ao perceber que alguém se aproxima.

A compulsão alimentar pode ocorrer devido à fome intensa (decorrente das dietas rigorosas e/ou jejuns) ou devido à ansiedade, pois proporciona alívio da fome, redução de sentimentos de tédio, solidão e tristeza e distração de pensamentos desagradáveis, sendo uma forma de se proporcionar prazer, mesmo que de curta duração. Os episódios bulímicos podem depender da quantidade, do conteúdo calórico do alimento consumido e ainda da disposição psicológica. Esses episódios geralmente ocorrem de uma forma escondida, seguidos de culpa e vergonha, podendo ocorrer várias vezes ao dia com ingestão de até 6 mil calorias em menos de duas horas, mas existem relatos de ingestão de até 20 mil calorias em poucas horas.

Segundo Hetherington (2000), os episódios repetidos de compulsão dilatam o estômago e reduzem as sensações de saciedade, junto com uma capacidade reduzida de secretar colecistoquinina e, que, portanto, o apetite de pacientes bulímicos pode estar exacerbado.

Durante os episódios de compulsão alimentar os alimentos ingeridos normalmente são os ricos em carboidratos, mas entre um ataque e outro, os pacientes restringem-se a alimentos de baixa caloria. Esses alimentos ingeridos são frequentemente os mais acessíveis, que não necessitam ser cozidos nem preparados e que possam ser purgados facilmente em grandes quantidades. Em alguns casos, trata-se de uma alimentação regressiva, de ingestão fácil, ou,

ainda, de alimentos derivados do leite, em outros casos, é ingerido o mesmo tipo de alimentos, por exemplo, somente doces ou somente salgados. Entretanto, a compulsão alimentar se caracteriza mais pela anormalidade da quantidade de comida consumida do que pelo desejo de um nutriente específico, alguns pacientes comem até sentirem dor abdominal e/ou sono.

Após a compulsão alimentar, os pacientes recorrem a algum tipo de purgação, e voltam à restrição de ingestão de alimentos com baixo teor calórico, dando início ao mesmo ciclo, desta forma podemos observar que a oscilação emocional é um dos fatores que caracterizam os quadros de bulimia nervosa.

A psicanalista M. H. Fernandes (2012) salienta:

[...] Com o acesso bulímico parece que estamos diante de um transbordamento insano, no qual até mesmo a procura do prazer, através da ingestão de alimento, encontra-se abolida. O único limite parece ser a impossibilidade física de colocar ainda mais alimento no estômago. Esse limite, diga-se de passagem, é experimentado no próprio corpo, através da dor. O vômito aparece, então, como uma possibilidade de alívio, recriando o vazio que alivia a dor e, ao mesmo tempo, inaugurando a saída do acesso bulímico. [...] (p.95)

O comportamento compensatório mais utilizado é o vômito auto induzido, por apresentar um efeito imediato, pelo fácil acesso e pela redução da ansiedade. Alguns pacientes estimulam a garganta com o dedo ou com qualquer outro objeto, outros, de tanto induzirem o vômito, apenas contraem os músculos abdominais, e outros pacientes nem engolem o alimento, mastigam e cospem.

Nas atitudes, podemos reparar que os bulímicos apresentam mudanças de humor frequentes, como remorsos e tristeza, autovalorização baseada no peso (acreditam que uma das maneiras de resolver os problemas de insegurança pessoal é através de um corpo magro e, para alcançar seu objetivo, acabam por desenvolver dietas impossíveis de serem seguidas), necessidade de aprovação externa e sentimento de angústia, culpa e vergonha após comer em excesso.

Os bulímicos apresentam flutuações acentuadas de peso, acreditam que estar magro trará mais facilmente sucesso e felicidade, confiando que tendo o controle de seu corpo lhe proporcionará uma condição de segurança emocional.

Alguns estudos apontam que certos tipos de profissão são mais vulneráveis a desenvolverem bulimia, como modelos, atrizes, bailarinas e nutricionistas.

A bulimia nervosa é difícil de ser diagnosticada, pois diferente da anorexia onde a magreza é evidente, não possui características visíveis, os pacientes apresentam peso normal ou sobrepeso e as alterações físicas são leves, podendo ter seu curso de forma sigilosa durante anos, desta forma apenas profissionais especializados conseguem observá-la.

Assim como a anorexia, esta patologia pode vir acompanhada de comorbidades psiquiátricas, como, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, ideação suicida, depressão, transtorno bipolar de humor, ciclotimia, transtornos de personalidade, que podem levar a complicações clínicas e prejuízo na vida social, sexual, trabalhista e familiar.

A gravidade das condutas purgativas varia muito de um caso para outro, porém, o uso de laxantes, diuréticos, drogas e exercícios físicos intensivos podem provocar o aparecimento de problemas orgânicos diversos que, nas formas graves, podem ser fatais.

As complicações clínicas mais comuns presentes na bulimia são: a hipertrofia bilateral das glândulas salivares, particularmente das parótidas, que produzem inchaço no rosto; o desgaste do esmalte dentário que é provocado pelo suco gástrico dos vômitos, levando à descalcificação dos dentes e aumentando o desenvolvimento de cáries, podendo levar até a perda de dentes; e o Sinal de Russell, que é caracterizado por lesões cicatriciais no dorso das mãos, que pode variar de calosidade à ulceração. Mas podemos observar outros sinais e sintomas clínicos, como: edema generalizado, queda de cabelo, equimoses na face e pescoço, descamação da pele, irregularidades menstruais nas mulheres, dor de garganta ou de estômago (pela lesão da mucosa devido ao suco gástrico), sangramentos, irritações e perfurações gástricas e esofágicas, anormalidades do intestino grosso devido ao uso de laxantes, constipação crônica, diarreia, fraqueza muscular, câibras, arritmias cardíacas, poliúria.

A utilização de exercícios físicos em excesso, pode contribuir para uma disfunção reprodutora, aumento de uma predisposição à osteoporose, e ainda, implicar em lesões musculares e articulares. A utilização de drogas como anfetaminas, hormônios tireoidianos e cocaína podem levar a alterações

hidroeletrolíticas podendo causar modificações de eletrocardiograma e, em grau severo, à falência cardíaca.

Pela bulimia ser uma doença multideterminada por processos individuais, familiares, biológicos e socioculturais, o tratamento também deve ser multidimensional, através de uma equipe profissional interdisciplinar formada por médicos, psicólogos, psiquiatras e nutricionistas. Ressaltando que a qualidade dos resultados obtidos depende da experiência e especialização da equipe.

Os objetivos do tratamento da bulimia nervosa são: estabelecer hábitos de alimentação estáveis e adequados, modificar os pensamentos, crenças e atitudes que perpetuam a conduta bulímica, tratar as complicações físicas da bulimia, tratar os sintomas psiquiátricos concomitantes e prevenir as recaídas.

O tratamento da bulimia nervosa é eminentemente ambulatorial, reservando-se a internação para situações em que existe grave comprometimento do estado físico, distúrbio clínico e hidroeletrolítico, depressão grave, risco de suicídio e falhas terapêuticas sucessivas. Além da hospitalização que pode também ser utilizado como modalidade de tratamento psicológico, tem-se utilizado as terapias familiares, o acompanhamento terapêutico, o psicodrama e as psicoterapias individuais e em grupo.

No que diz respeito às terapias familiares, é de suma importância à implicação dos pais no projeto terapêutico, principalmente quando o paciente é muito jovem e quando o quadro é de maior gravidade e requer uma hospitalização. A terapia familiar é importante na medida em que os pais possam expressar seus sofrimentos e seus sentimentos de impotência pelo distúrbio de seus filhos, se beneficiando desta forma da possibilidade de troca e amparo que um acompanhamento destinado a eles pode oferecer.

No acompanhamento terapêutico, um acompanhante vai à casa da paciente, sendo muito útil em casos de maior gravidade, onde a mobilização é difícil. Essa prática tem por finalidade ajudar o paciente a transitar no espaço público, permitindo o acompanhante estar presente nas refeições das pacientes e ter uma proximidade com o universo real das mesmas, tendo acesso à forma como elas lidam com o corpo.

O psicodrama psicanalítico também oferece possibilidades de mobilização para os casos mais complicados, utiliza o recurso da ficção, que facilita a

expressão dos conflitos e os movimentos transferenciais são mais facilmente exteriorizados.

Quanto às psicoterapias, diversas abordagens psicoterápicas têm sido utilizadas no tratamento da bulimia nervosa, entretanto duas grandes correntes se destacam: a terapia cognitivo-comportamental e a psicanálise. É importante ressaltar que ambas as abordagens supõem relações importantes e duráveis entre os membros das equipes e as pacientes, e a necessidade da duração mínima para o programa de internamento.

A terapia cognitivo-comportamental apresentava uma abordagem centrada exclusivamente na redução do distúrbio da conduta alimentar evoluindo para uma tomada de consciência da necessidade de se ter uma ação sobre o funcionamento psíquico do sujeito. Essa terapia procura a modificação de atitudes disfuncionais em relação à forma, ao peso, à dieta, e dos comportamentos purgativos a curto prazo, desta forma propiciando alterações na autoestima. A terapia consiste em cinco pontos principais: auto monitoração da ingestão alimentar, pesagem regular, recomendações específicas para normalizar o comportamento alimentar e reduzir as dietas restritivas, reestruturação cognitiva focada nos fatores relacionados ao desenvolvimento e à manutenção do transtorno alimentar, e prevenção de recaídas.

A abordagem psicanalítica também passou por uma evolução, levando em consideração dificuldades, resistências a mudanças e os impasses observados durante as psicoterapias. Atualmente a psicanálise vem explorando o papel das falhas narcísicas precoces ou traumáticas, destacando a importância de um trabalho de reconstrução ou mesmo construção de sentidos, enquanto antes apresentava uma ênfase exclusiva na decodificação do sentido do sintoma, segundo o modelo da histeria.

Desta forma podemos concluir que a bulimia nervosa é um grave distúrbio que merece muita atenção dos profissionais da saúde, apresentando uma série de complicações clínicas, e diante da pluralidade de recursos para o tratamento da mesma, se torna necessário um projeto terapêutico coerente para cada caso, que leve em conta os aspectos psicológicos e médico-nutricionais, para o paciente e sua família.

### **3. INDO A CAMPO**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

Foi realizado um estudo transversal descritivo com aplicação de um questionário de autopreenchimento sem a identificação pessoal do participante, com perguntas sobre hábitos alimentares, pertencentes ao teste validado BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edinburg), que é um dos testes mais utilizados em estudos sobre a investigação de sintomas de bulimia nervosa. Também foi entregue um questionário sócio demográfico a fim de identificar o perfil da população encontrada com sintomas de Bulimia Nervosa.

#### **3.2 População Estudada**

Frequentadores de academias de ginástica do bairro de Copacabana do sexo masculino e feminino com idade igual ou superior a dezoito anos, inscritos em exercícios aeróbicos e anaeróbicos e que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo.

Foram selecionados três homens e três mulheres em cada uma das 10 academias selecionadas para o estudo, apresentando total de sessenta pessoas para a amostragem.

O bairro de Copacabana foi escolhido para a pesquisa por ser o bairro mais populoso da Zona Sul do Rio de Janeiro, com mais de 146 mil habitantes no ano de 2010, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, sendo assim apresenta um alto número de academias e uma população diversificada.

As academias selecionadas para a realização da pesquisa se localizam em diferentes pontos do bairro de Copacabana.

A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2014, onde foi entregue para cada participante da pesquisa o teste de investigação bulímica de Edinburg (BITE) e um questionário sócio demográfico.

#### **3.3 Instrumentos de Coleta**

Para a realização da presente pesquisa foram selecionadas 10 academias do bairro de Copacabana na Zona Sul do estado do Rio de Janeiro. Foram



utilizados o site GymPass e o Google como métodos de pesquisa, onde foram encontradas aproximadamente 27 academias no bairro de Copacabana.

O **teste de investigação bulímica de Edinburg** – **BITE** que foi utilizado no presente trabalho é indicado para identificação de indivíduos com comportamentos de bulimia nervosa. O BITE tem 33 questões de autoperenchimento e serve como medida para episódios bulímicos e fatores ligados à cognição e ao comportamento bulímico.

Esse questionário foi desenvolvido por Henderson & Freeman (1987) para o rastreamento e a avaliação da gravidade da Bulimia Nervosa. Pode ser usado tanto como um instrumento epidemiológico para a identificação de casos subclínicos e clínicos de bulimia, como também para monitorar a evolução dos pacientes e medir a resposta ao tratamento instalado.

O BITE é um instrumento autoaplicável validado, sua versão traduzida para o português foi feita por Cordás & Hochgraf (1993) e sua validação foi feita por Magalhães & Mendonça (2005). Este instrumento é um dos mais utilizados em pesquisas para investigar a presença de comportamento bulímico em diversos países, indicando seu bom desempenho no rastreamento de transtornos alimentares.

O instrumento fornece resultado em duas subescalas para pontuação: a escala de sintomas, que está relacionada ao comportamento, dieta e a avaliação do grau dos sintomas presentes, e a escala de gravidade ou severidade, que mede a severidade do comportamento compulsivo e purgativo em função de sua frequência.

Para a contagem da escala dos sintomas é utilizado todas as questões menos as 6, 7 e 27. As questões 1, 13, 21, 23 e 31 são contadas um ponto para a resposta “NÃO”, e as demais questões recebem um ponto para a resposta “SIM”. A pontuação máxima que poderá ser feita, é de 30 pontos. A escala dos sintomas pode ser subdividida em quatro grupos: igual ou acima de 20 pontos, que apresentam uma grande probabilidade para preencherem o critério diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM IV (1994) e o critério de Russell (1979), indicando um padrão alimentar altamente desorganizado e a presença de episódios compulsivos; de 15 a 19 pontos que podem refletir num grupo subclínico de bulímicos; de 10 a 14 pontos, que sugere um hábito alimentar não usual, porém é insuficiente para preencher todos os critérios de diagnóstico para

bulimia nervosa; e abaixo de 10 pontos não há presença de sintomas de bulimia nervosa nem compulsão alimentar, preenchendo assim os limites normais de padrão alimentar.

Pontos	Classificação
0 – 9	Sem sintomas de bulimia
10 – 14	Hábito alimentar não usual
15 – 19	Grupo subclínico
≥ 20	Com sintomas de bulimia

FIGURA 4: Quadro da escala dos sintomas do BITE com pontuação e classificação.

Para a contagem da escala de severidade ou gravidade, são utilizadas as questões 6, 7 e 27. O total da pontuação corresponde á soma dos valores atribuídos a cada questão respondida. Uma pontuação igual ou superior a 5 é considerada clinicamente significativa, e a pontuação igual ou acima de 10 apresenta um alto grau de gravidade. Para ambas as pontuações, deve-se fazer entrevista psiquiátrica para um diagnóstico preciso.

Na formulação do presente trabalho foi utilizada apenas a escala dos sintomas do BITE, sendo retiradas as questões 6, 7 e 27 do teste. A pesquisa teve como ponto de corte a pontuação 15, considerando assim os valores menores que 15 como sem a presença de sintomas de bulimia nervosa e a pontuação acima de 15 como contendo traços de bulimia nervosa. Esse ponto de corte para a detecção do transtorno também foi utilizado por Cenci *et al.* (2009) e Weis *et al.* (2013), pois mesmo os indivíduos não alcançando uma pontuação igual ou maior que 20, se apresentarem uma pontuação acima ou igual a 15 podem refletir um grupo subclínico de bulímicos, seja na fase inicial do transtorno ou no final do tratamento, exigindo a mesma atenção dos quadros confirmados.

Juntamente com o BITE foram adicionados duas perguntas, “Se você respondeu sim na pergunta 24, após um episódio exagerado de ingestão de alimento, você utiliza ou já utilizou dos exercícios físicos como forma de compensar? ( ) Sim ( ) Não” e “Você se considera feliz e satisfeito sexualmente? ( ) Sim ( ) Não”. Esse questionário tem o objetivo de analisar o perfil dos indivíduos que apresentaram sintomas de bulimia nervosa.

Para o questionário sócio demográfico foram considerados os seguintes dados: ocupação, idade dos participantes, sexo dos participantes, renda familiar

mensal em salários mínimos (menor que 1 salario mínimo, 1 a 3 salários mínimos, 4 a 6 salários mínimos e maior que 6 salários mínimos), peso e altura, empregados para o cálculo do IMC (demonstração na FIGURA 5), estado civil (solteiro (a), viúvo (a), casado/companheiro (a) e divorciado (a)), quantidade de filhos (nenhum filho, 1 a 2 filhos, 3 a 4 filhos e 5 ou mais filhos), bairro em que mora (Copacabana e outro bairro), pratica de atividade física por semana (praticar atividade física 1 ou 2 dias na semana e 3 ou mais dias na semana), horas de exercício físico feitos por dia (fazer 1h ou menos de exercício físico por dia, 2 a 3 h de exercício físico por dia e 4h ou mais de exercício físico por dia), tempo de prática de exercícios físicos (praticar há 1 mês ou menos, 2 a 4 meses, 5 a 7 meses, 8 ou mais meses) e a modalidade de exercícios físicos que pratica (anaeróbicos, aeróbicos e ambos).

O **índice de massa corpórea (IMC)** foi calculado no presente trabalho com as medidas de peso e altura, através da fórmula  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2(\text{cm})$ . O IMC só pode ser calculado em adultos e serve como um indicador do peso ideal. É fornecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como expresso na seguinte tabela:

Situação	IMC em adultos
Abaixo do peso ideal	< 18,5
No peso ideal (Eutrofia)	18,5 - 24,9
Acima do peso ideal	25,0 - 29,9
Obeso	≥ 30,0

FIGURA 5: Quadro demonstrativo do cálculo do IMC segundo a OMS.

### 3.4 Análise Estatística

Foi realizado um estudo descritivo da amostragem, utilizando as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas e distribuição de frequência para as categóricas.

Para a contagem estatística dos resultados do IMC e das variáveis quantitativas e qualitativas, foi utilizado o programa Excel (versão 2010).

### **3.5 Aspectos Éticos**

Foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para cada participante. O termo continha os dados da pesquisa, os preceitos éticos seguidos, a sigiliosidade da identidade de cada participante, a possibilidade de desistência da participação em qualquer momento da pesquisa sem nenhum tipo de prejuízo e os dados do pesquisador responsável para contato.

A pesquisa foi realizada através da aplicação de um questionário de autopreenchimento, sem identificação pessoal, estruturado e objetivo, junto com um questionário sócio demográfico. Os participantes foram informados do seu direito de ter acesso aos resultados da pesquisa após seu encerramento e conclusão.

O presente estudo não ofereceu risco ou dano à família ou ao indivíduo participante. Os resultados obtidos no trabalho deverão ser publicados e apresentados em eventos científicos.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O total de participantes da coleta de dados foi de 60 frequentadores de academias, dentre esses 30 mulheres e 30 homens, todos praticantes de exercícios aeróbicos e anaeróbicos. A média da idade dos participantes estudados nessa pesquisa foi de 32,05 anos e o desvio padrão de 12,47 anos. A idade mínima encontrada foi de 18 anos e a idade máxima foi de 72 anos.

FIGURA 6. Tabela das variáveis Sócio Demográficas

Estado Civil	f	fr%
Solteiro (a)	43	71,67%
Viúvo (a)	3	5,00%
Casado (a) / Companheiro (a)	13	21,67%
Divorciado (a)	1	1,67%
Filhos	f	fr%
nenhum filho	41	68,33%
1 a 2 filhos	15	25,00%
3 a 4 filhos	4	6,67%
5 ou mais filhos	0	0,00%
Renda Familiar	f	fr%
menor que 1 salário mínimo	4	6,67%
1 a 3 salários mínimos	17	28,33%
4 a 6 salários mínimos	14	23,33%
maior que 6 salários mínimos	25	41,67%
Bairro do Rio de Janeiro que mora atualmente	f	fr%
Copacabana	45	75,00%
Outro	15	25,00%
Pratica de exercícios físicos por semana	f	fr%
1 ou 2 dias	4	6,67%
3 ou mais dias	56	93,33%
Horas de exercícios físicos feitos por dia	f	fr%
1h ou menos	32	53,33%
2 a 3h	24	40,00%
4h ou mais	4	6,67%
Tempo que pratica exercícios físicos	f	fr%
1 mês ou menos	4	6,67%
2 a 4 meses	6	10,00%
5 a 7 meses	0	0,00%
8 ou mais meses	50	83,33%

De acordo com os dados apresentados na tabela acima, podemos observar que a maioria dos pesquisados são solteiros (71,67%), não tem filhos (68,33%), possuem renda familiar maior que 6 salários mínimos (41,67%), moram no bairro de Copacabana (75,00%), praticam exercícios físicos 3 ou mais dias na semana (93,33%), fazem 1h ou menos de exercícios físicos por dia (53,33%) e praticam exercícios físicos à 8 ou mais meses (83,33%).

FIGURA 7. Tabela de Classificação do Estado Nutricional de Acordo com o IMC

Participantes	Abaixo do peso ideal		Eutrofia		Acima do peso ideal		Obeso	
	f	fr%	f	fr%	f	fr%	f	fr%
Homens	0	0,00%	12	40,00%	16	53,33%	2	6,67%
Mulheres	0	0,00%	24	80,00%	6	20,00%	0	0,00%
Todos	0	0,00%	36	60,00%	22	36,67%	2	3,33%

Apesar das medidas de peso e estatura terem sido informadas pelos participantes e não conferidas no momento da aplicação do questionário, podendo este fator ser considerado limitante, um estudo realizado por Schmidt *et al.* (1993) em 659 adultos de ambos os sexos residentes de Porto Alegre para avaliar a validade do peso auto referido, mostrou que a média de diferença entre o peso auto referido e o peso medido foi bem pequena, desta forma foi concluído que a validade do peso auto referido é aceitável para inquéritos de prevalência.

A classificação do estado nutricional de todos os participantes está demonstrada na FIGURA 7. A média de IMC encontrada entre os participantes foi de 24,06, o desvio padrão foi 2,86 e a mediana 24,14.

De todos os participantes da pesquisa, 60% (n=36) foram classificados como eutróficos, ou seja, no peso ideal. Nenhum participante apresentou percentual abaixo do peso ideal, o percentual acima do peso ideal foi de 36,67% (n=22) e o de obesidade foi de 3,33% (n=2).

Pode-se observar que o maior número de adequações do Estado Nutricional, ou seja, o maior número de participantes com IMC na faixa normal foi encontrado dentre os participantes do sexo feminino comparado aos participantes do sexo masculino.

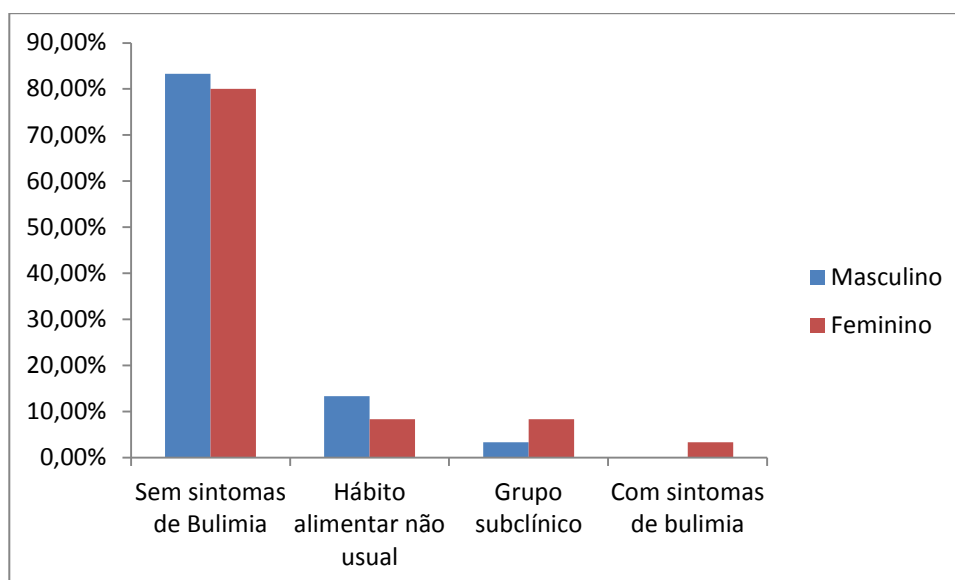
FIGURA 8. Tabela com a Classificação do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh – BITE

Classificação	Homens		Mulheres		Todos	
	f	fr%	f	fr%	f	fr%
Sem sintomas de Bulimia	25	83,33%	23	76,67%	48	80,00%
Hábito alimentar não usual	4	13,33%	1	3,33%	5	8,33%
Grupo subclínico	1	3,33%	4	13,33%	5	8,33%
Com sintomas de bulimia	0	0,00%	2	6,67%	2	3,33%

A avaliação dos sintomas de bulimia nervosa realizada por meio do BITE apontou uma ocorrência de 3,33% (n=2) do total de pesquisados. Os dados referentes à classificação do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh encontram-se na FIGURA 8.

Podemos observar que do total de participantes, 8,33% (n=5) estão classificados no grupo subclínico, que 8,33% (n=5) apresentaram hábito alimentar não usual e que 80% não apresentaram sintomas de bulimia.

FIGURA 9. Gráfico com a classificação do BITE entre homens e mulheres



Quanto às diferenças de gêneros, é possível analisar que só houve ocorrência de sintomas de bulimia nervosa dentre os pesquisados do sexo feminino. O gráfico com as classificações do BITE entre homens e mulheres, encontra-se na FIGURA 9.

Foram classificados como grupo subclínico de bulimia nervosa 13,33% (n=4) das mulheres e 3,33% (n=1) dos homens.

De acordo com os dados achados, apesar da maioria dos participantes com sintomas de bulimia nervosa e classificados no grupo subclínico terem sido mulheres, foram encontrados mais participantes com hábitos alimentares não usuais no sexo masculino (6,67%, n=4).

Como o presente trabalho utilizou como ponto de corte a pontuação 15, a ocorrência de traços de bulimia nervosa em mulheres foi de 10% (n=6) e em homens foi de 1,67% (n=1), apresentando um total de 11,67% (n=7) dos participantes.

Também foram adicionadas duas perguntas ao questionário do BITE (*“Se você respondeu sim na pergunta 24, após um episódio exagerado de ingestão de alimento, você utiliza ou já utilizou dos exercícios físicos como forma de compensar?; Você se considera feliz e satisfeito sexualmente?”*), das sete pessoas (11,67%) que foram consideradas com traços bulímicos, seis (85,71%) relataram já terem utilizado ou utilizarem dos exercícios físicos para compensar um episódio exagerado de ingestão de alimento e cinco (71,43%) se consideraram felizes e satisfeitas sexualmente.

De acordo com os cálculos e classificações do IMC, dessas sete pessoas que apresentaram traços bulímicos, quatro se encontram com eutrofia, duas acima do peso ideal e uma com obesidade.

Evidências sugerem que o BITE é um instrumento consagrado para o rastreamento de sintomas de bulimia nervosa. No artigo de Freitas *et al.* (2002), o BITE foi descrito como um dos treze principais instrumentos autoaplicáveis e métodos utilizados para mensurar os aspectos psicopatológicos gerais e específicos dos transtornos alimentares.

Magalhães & Mendonça (2005), utilizaram o BITE em sua pesquisa junto com o teste de atitudes alimentares (EAT-26), o General Health Questionnaire (GHQ-12) e algumas perguntas sobre influência familiar e prática de atividade física, para investigar aspectos de saúde e comportamento alimentar em universitárias recém-ingressas em uma universidade pública no Rio de Janeiro. Foi utilizado um desenho de estudo de confiabilidade teste-reteste, em uma amostra de 60 universitárias com média de idade de 20,2 anos. A avaliação da confiabilidade teste-reteste dos escores globais do EAT-26, BITE e prática de



atividade física foi “quase perfeita”, assim como a questão auto percepção corporal. O resultado deste estudo sugeriu que a versão em português do EAT-26, do BITE, do GHQ-12 e das demais questões analisadas são instrumentos que apresentam boa reprodutibilidade das aferições para universitárias.

Apesar da versão em português do BITE ter sido traduzida por Cordás & Hochgraf (1993), foi realizado um novo estudo por Ximenes *et al.* (2011), já que a tradução inicial para o português foi baseado na versão validada em adultos de Henderson & Freeman (1987), o que dificultaria a sua interpretação em alguns itens quando aplicado em populações de adolescentes. Desta forma Ximenes *et al.* (2011) fizeram um estudo para traduzir para a língua portuguesa e adaptar o BITE, avaliando sua confiabilidade por meio da consistência interna dos seus itens em uma amostra de 109 adolescentes com idade entre 12 a 16 anos, de ambos os gêneros, estudantes de escolas públicas na cidade de Recife. Neste estudo para a validação do questionário, foram obtidos os dados de concordância observada e a análise do Kappa intra e interexaminador, que variou de boa a excelente (CO – 88,9% a 100% e Kappa 0,60 a 1,0). Também utilizaram o Alfa de Cronbach, que indicou um grau elevado de consistência interna (0,76), garantindo a confiabilidade da escala. O BITE também foi aplicado em 650 alunos de 12 a 16 anos, estudantes de escolas públicas estaduais na cidade de Recife, onde foi observado que 402 alunos (61,8%) não apresentaram sintomas de BN, 237 (36,5%) continham escore médio e 11 (1,7%) tinham escore elevado. Desta forma este estudo para a tradução e adaptação do BITE – versão para adolescentes mostrou boa equivalência linguística, conceitual e da escala, além de a versão e adaptação serem consideradas apropriadas, independente do examinador, podendo ser utilizadas para avaliação de sintomas de bulimia nervosa.

Na pesquisa de Alvarenga (2001) foi utilizado o BITE, junto com o EAT-26, o BSQ, testes psicológicos, questionário de hábitos alimentares e um diário alimentar, para avaliar as alterações no padrão e comportamento alimentares durante abordagem multiprofissional, num estudo de seguimento de seis meses. Nessa pesquisa foram acompanhadas 20 pacientes com diagnóstico de bulimia nervosa, no Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares – AMBULIM, que foram triadas para projeto temático do ambulatório.

No estudo de Bosi & Oliveira (2004), onde foram estudadas 17 meninas corredoras de fundo registradas na Federação de Atletismo do Rio de Janeiro, o

BITE foi utilizado para analisar a presença de comportamentos bulímicos e sua intensidade entre atletas adolescentes do sexo feminino corredoras de fundo. Os resultados apontaram que 35,6% das atletas apresentavam escores acima do limite de normalidade (=10) e 29,4% padrão não usual (entre 10 e 19). Foi detectado um caso com escore superior a 20, indicando presença do problema.

No estudo realizado por Cenci *et al.* (2009), foi examinada uma amostra aleatória de 220 universitárias a respeito da presença do comportamento bulímico através da pontuação obtida no BITE. Também foi investigada a satisfação com a imagem corporal e o estado nutricional. Foi utilizada como ponto de corte a pontuação 15, para estimar a prevalência de comportamento bulímico e os fatores associados em universitárias ingressantes. Os resultados identificaram uma taxa de resposta igual a 98,7%. A prevalência de sintomas de bulimia nervosa foi de 3,6% e a de insatisfação com a imagem corporal foi igual a 20%. A insatisfação com a imagem corporal revelou-se como o mais importante fator associado com a presença de comportamento bulímico na população estudada.

Na pesquisa de Carvalho (2008), foi aplicado o BITE e o EAT-26 para o rastreamento dos transtornos alimentares em 500 adolescentes de uma escola particular na cidade de São Luís. O estudo mostrou que 14% dos adolescentes que participaram possivelmente apresentavam o diagnóstico de anorexia, 0,8% bulimia e 2,2% anorexia combinada com bulimia. Mostrando assim uma alta incidência de possíveis transtornos alimentares na amostra estudada, ocorrendo em ambos os sexos, diversas etnias e camadas socioeconômicas.

Na pesquisa realizada por Weis *et al.* (2013) em 197 mulheres para determinar a prevalência de mulheres com sintomas de bulimia nervosa frequentadoras de academias de ginásticas, também foi utilizado o BITE, e mostrou que a prevalência de sintomas de bulimia foi de 3% e a prevalência de traços bulímicos foi de 11,2%.

De acordo com os estudos citados e seus resultados podemos observar que o BITE é um questionário autoaplicável muito utilizado que possui bons resultados. Também é possível analisar que ocorreu um consenso da prevalência de sintomas de bulimia nervosa entre os estudos mencionados com a presente pesquisa.

## 5. CONCLUSÃO

Na pesquisa realizada foi concluído que dos 60 pesquisados de ambos os sexos, matriculados em exercícios aeróbicos e anaeróbicos, frequentadores de academias de ginástica do Bairro de Copacabana no Rio de Janeiro, 3,33% (n=2) apresentaram sintomas de bulimia nervosa e 8,33% (n=5) foram classificados no grupo subclínico. Como o presente trabalho utilizou a pontuação 15 como ponto de corte, a ocorrência de traços de bulimia nervosa em mulheres foi de 10% (n=6) e em homens foi de 1,67% (n=1), desta forma apresentando uma prevalência total de 11,67% (n=7) dos participantes com traços clínicos de bulimia nervosa. Dos indivíduos que apresentaram traços bulímicos apenas um afirmou não ter utilizado ou utilizar exercícios físicos como forma compensatória da ingestão exagerada de alimento e cinco se consideraram felizes e satisfeitos sexualmente.

Podemos concluir com esta pesquisa, que de acordo com as classificações do BITE, a ocorrência de sintomas de bulimia nervosa é mais presente no sexo feminino, em concordância com outros estudos citados ao longo do trabalho, porém podendo ser encontrada também no sexo masculino, mas num percentual menor. Desta forma é importante que os profissionais da saúde estejam a par da gravidade deste transtorno que pode levar a diversas complicações e em seu estágio mais grave ao óbito, e da presença dele em academias de ginástica.

Em decorrência das limitações desta pesquisa, como o tamanho reduzido da amostra e o fato da amostra não ter sido aleatória, inviabilizando a generalização dos resultados, futuros estudos se fazem necessários para a consolidação dos achados, visando o melhor conhecimento das causas do surgimento da bulimia nervosa.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOTT, D. W., ACKERMAN, S. H., AGRAS, W. S., BANZHAF, D., BARBER, J., BARTLETT, J. C., et al. **Practice guideline for eating disorders**. In: *Am. J. Psychiatry*, v. 150, p. 212-24, 1993.

ABREU, C. N. & FILHO, R. C. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia**. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004

ALVARENGA, M. S. **Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares**. Tese para obtenção do grau de Doutor. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

ALVARENGA, M. S., MARTINS, M. C., SATO, K. S., VARGAS, S. T., PHILIPPI, S. T., SCAGLIUSI, F. B. **Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15**. In: *Eat Weight Disord*, v. 17, n. 1, p. 29-35, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artimed, 2002.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do trabalho científico**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

APPOLINÁRIO, J. C. & CLAUDINO, A. M. **Transtornos Alimentares**. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. XXII. Rio de Janeiro: 2000

ATIK, M. **Descontente com o corpo x sexualidade**. Disponível em: <[http://www.atmosferaafeminina.com.br/Colunistas/Marcia\\_Atik/Descontente\\_com\\_o\\_corpo\\_x\\_sexualidade](http://www.atmosferaafeminina.com.br/Colunistas/Marcia_Atik/Descontente_com_o_corpo_x_sexualidade)> Acesso em: 14 out. 2013 .

AZEVEDO, A. P., SANTOS, C. C., FONSECA, D. C. **Transtorno da compulsão alimentar periódica**. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 4, p. 170-172, 2004.

BALLONE, G. J. **Transtornos Alimentares**. In: *PsiquWeb*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=82/>>, revisto em 2007. Acesso em: 25 mar. 2014.

BALLONE, G. J. **Vigorexia - Síndrome de Adonis**. In: *PsiquWeb*. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=94>>, revisto em 2007. Acesso em: 25 mar. 2014.

BAPTISTA, A. P. **Distúrbios alimentares em frequentadores de academia**. In: *Revista Digital Buenos Aires*, v. 10, n. 82, 2005.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. São Paulo: Edições 70, 1970.

BORGES, M. B. F. **Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia.** Dissertação para obtenção do título de Mestre. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998.

BOSI, M. L. M. & OLIVEIRA, F. P. **Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo.** In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n.1, p. 32-34, 2004.

BRATMAN, S. M. D. **Original essay on orthorexia**, 1997. Disponível em: <<http://www.orthorexia.com>>. Acesso em: 20 abril 2014.

BRUSSET, B. **Psychopathologie de l'anorexie mentale.** Paris: Dunod, 1998.

BUCARETCHI, H. A. **Anorexia e Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAMARGO, T. P. P., COSTA, S. P. V., UZUNIAN, L. G., VIEBIG, R. F. **Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal.** In: *Rev. bras. psicol. Esporte*, v. 2, n. 1, p. 01-15, 2008.

CARVALHO, P. V. L. C. **Anorexia e Bulimia em adolescentes.** Dissertação para obtenção do título de Mestre. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2008.

CASTILLO, D. C. **Apetito y nutrición.** In: *Revista chilena de pediatría*, v. 61, n. 6, p. 346-353, 1990.

CENCI, M., PERES, K. G., VASCONCELOS, F. A. G. **Prevalência de comportamento e fatores associados em universitárias.** In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 36, n. 3, p. 83-88, 2009.

CORDÁS, T. A. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico.** In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.

CORDÁS, T. A. & CLAUDINO, A. M. **Transtornos alimentares: fundamentos históricos.** In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, Supl. 3, p. 3-6, 2002.

CORDÁS, T. A. & HOCHGRAF, P. B. **“BITE”:** instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 42, p. 141-144, 1993.

COSTA, P. P. P. R. **Bulimic Investigatory Test Edinburg - BITE.** Disponível em: <<http://www.geocities.ws/costapppr/bulimia.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2014

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS 5 – DSM 5. **Feeding and Eating Disorders.** Disponível em: <http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.

DONINI, L.M., MARSILI, D., GRAZIANI, M.P., IMBRIALE, M., CARNELLA, C. **Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire.** In: *Eat Weight Disord*, v. 10, n. 2, p. 28-32, 2005.

ERBERT, T. C. **Anorexia e bulimia nervosas.** São Paulo: Marco Zero, 2005.

ESPÍNDOLA, C. R., BLAY, S. L. **Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e Metassíntese.** In: *Revista de Psiquiatria do RS*, v. 28, n. 3, p. 265-275, 2006.

FAIRBURN, C.G., COOPER, Z., DOLL, H.S., NORMAN, P., O'CONNOR, M. **The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women.** In: *Arch. Gen. Psychiatry*, v. 57, p. 659-665, 2000.

FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses.** São Paulo, Rio de Janeiro: Atheneu, 1981

FERNANDES, M. H. **Transtornos Alimentares (Coleção Clínica Psicanalítica).** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FRANÇA, G. V. A. **Compulsão alimentar em adultos: um estudo epidemiológico de base populacional em Pelotas-RS.** Dissertação para obtenção do título de Mestre. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Pelotas, 2010.

FREITAS, S., GORENSTEIN, C., APPOLINÁRIO, J. C. **Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares.** In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, Supl. 3, p. 34-38, 2002.

FREUD, S. **O ego e o id e outros trabalhos (1923).** Edição Standard Brasileira: Obras Psicológicas Completas de Sigmund de Freud, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2009.

FREUD, S. **O Futuro de uma Ilusão, o Mal Estar na Civilização e Outros Trabalhos (1930).** Edição Standard Brasileira: Obras Psicológicas Completas de Sigmund de Freud, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2009.

GELIEBTER, A. **New developments in binge eating disorder and the night eating syndrome.** In: *Appetite*, v. 39, p. 175-177, 2002.

GLUCK, M., GELIEBTER, A., SATOV, T. **Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients.** In: *Obesity Research*, v. 9, p. 264-267, 2001.

GLUCK, M., GELIEBTER, A., LORENCE, M. **Cortisol stress response is positively correlated with central obesity in obese women with binge eating disorder (BED) before and after cognitive-behavioral treatment.** In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 1032, p. 202-7, 2004.

GRUPO DE APOIO E TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES. **Bulimia**. Disponível em: < <http://gatda.psc.br/bulimia.htm> >. Acesso em: 14 out. 2013.

GRUPO DE APOIO E TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES. **Anorexia**. Disponível em: < <http://gatda.psc.br/anorexia.htm> >. Acesso em: 14 out. 2013.

HABERMAS, T. **Friderada: a Case of Miraculous Fasting**. In: *International Journal of Eating Disorders*, v. 5, p. 555-62, 1986.

HAY, P. J. **Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros**. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, Supl. 3, p.13-17, 2002

HENDERSON, N. M. & FREEMAN, C. P. L. **A self-rating scale for bulimia: the BITE**. In: *Brit. J. Psychiatry*, v. 150, p. 18-24, 1987.

HETHERINGTON, M. M. **Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention**. In: *Journal of Nutrition*, v. 16, n. 7-8, p. 547-551, 2000.

HILDEBRAND, T., SCHLUNDT, D., LANGENBUCHER, J., CHUNG, T. **Presence of muscle dysmorphia symptomatology among male weightlifters**. In: *Compr Psychiatry*, v. 47, n. 2, p. 127-135, 2006.

HITZEROTH, V., WESSELS, C., ZUNGU-DIRWAYI, N., OOSTHUIZEN, P., STEIN, D.J. **Muscle dysmorphia: a South African sample**. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 55, n. 5, p. 521-523, 2001.

JANET, P. **Les obsessions et la psychasthénie**. Paris: Félix Alcan, 1908.

LANTZ, C. D., RHEA, D. J., CORNELIUS, A. **Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: a test of differences within a conceptual model**. In: *J Strength Cond Res*, v. 16, n. 4, p. 649-655, 2002.

MAGALHÃES, V. C. & MENDONÇA, G. A. S. **Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis**. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n.3, p. 236-45, 2005.

MARTINS, M. C. T., ALVARENGA, M. S., VARGAS, S. V. A., SATO, K. S. C. J., SCAGLIUSI, F. B. **Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito**. In: *Revista de Nutrição*, v. 24, n. 2, p. 345-357, 2011.

MEDEIROS, S. A. **Estética, Angústia e Desejo - Uma Abordagem Psicanalítica Sobre as Doenças da Beleza**. Curitiba: Juruá, 2012.

MONTENEGRO, R. M., GURGEL, M. H. **Artigos Médicos - Anorexia Nervosa**. In: *Associação Médica Cearense*. Disponível em:

<<http://www.amc.med.br/?op=paginas&tipo=secao&secao=3&pagina=40>>.

Acesso em: 25 maio 2014.

MORGAN, C. M. & CLAUDINO DE AZEVEDO, A. M. **Aspectos Sócio-Culturais dos Transtornos Alimentares**. In: *Psychiatry On-line Brasil*, v. 3, n. 2, p. 01-08, 1998.

NOVAES, Joana de Vilhena. **O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: PUC-Rio: Garamond, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Coord. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAWLUCK, D. E., GOREY, K. M. **Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies**. In: *International Journal of Eating Disorders*, v. 23, p. 347-52, 1998.

PETRIBU, K., RIBEIRO, E. S., OLIVEIRA, F. M. F., BRAZ, C. I. A., GOMES, M. L. M., ARAUJO, D.E., ALMEIDA, N.C.N., ALBUQUERQUE, P. C., FERREIRA, M. N. L. **Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE**. In: *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 50, n. 5, p. 901-908, 2006.

POPE, H. G. Jr., GRUBER, A. J., MANGWETH, B., BUREAU, B., DECOL, C., JOUVENT, R., HUDSON, J. I. **Body image perception among men in three countries**. In: *American Journal of Psychiatry*, v. 157, p. 1297-1301, 2000.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Bairros Cariocas**. Disponível em: < <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/default.htm> >. Acesso em: 02 Maio 2014.

PSIQUIATRIA GERAL. **Transtornos alimentares**. Disponível em: <[http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2014.

RAMARO, R. A., ITOKAZU, F. M. **Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura**. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 2, p. 407-412, 2002.

REZENDE, F. A. C., ROSADO, L. E. F. P. L., RIBEIRO, R. C. L., VIDIGAL, F. C., VASQUES, A. C. J., BONARD, I. S., CARVALHO, C. R. **Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de risco Cardiovascular**. In: *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 87, n. 6, p. 728-734, 2006.

ROSARIO, M. D. **Ortorexia Nervosa**. Disponível em: <<http://abran.org.br/para-publico/ortorexia-nervosa/>>. Acesso em: 17 abril 2014.



RUSSEL, G. F. M. **Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa.** In: *Psychol Med*, v. 9, p. 429-448, 1979.

SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B. B., TAVARES, M., POLANCZYK, C. A., PELLANDA, L., ZIMMER, P. M. **Validity of self-reported weight: a study of urban Brazilian adults.** In: *Revista Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 271-276, 1993.

SAÚDE PLENA. **Obsessão pela alimentação saudável pode ser ortorexia.** Disponível em: < [http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/01/09/noticia\\_saudeplena,147012/obsessao-pela-alimentacao-saudavel-pode-ser-ortorexia.shtml](http://sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/01/09/noticia_saudeplena,147012/obsessao-pela-alimentacao-saudavel-pode-ser-ortorexia.shtml)>. Acesso em: 14 abril 2014.

STUNKARD, A. J., ALLISON, K. C. **Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating.** In: *International Journal of Obesity*, v. 27, p. 1-12, 2003.

STUNKARD, A. J. **Eating patterns and obesity.** In: *Psychiatric Quarterly*, v. 33, p. 284-295, 1959.

SZMUKLER, G. I. **The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia.** In: *Journal of Psychiatric Research*, v.19, n. 2-3, p. 143-153, 1985.

UNILEVER HEALTH INSTITUTE. **O que é Ortorexia Nervosa?** Disponível em: <<http://www.unileverhealthinstitute.com.br/artigo/o-que-e-ortorexia-nervosa>>. Acesso em: 14 abril 2014.

VILELA, J. E. M, LAMOUNIER, J. A., DELLARETTI FILHO, M. A., NETO, J. R. B., HORTA, G. M. **Transtornos alimentares em escolares.** In: *Jornal de Pediatria (Rio J.)*, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

WEINBERG, C. **Avaliação crítica da evolução histórica do conceito de anorexia nervosa.** Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

WEINBERG, C. & CORDÁS, T. A. **Do altar as passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa.** São Paulo: Annablume, 2006.

WEIS, A., FONSECA, P. H. S., BÔAS, M. S. V., STEFANELLO, J. M. F., COELHO, R. W. **Bulímicas: Elas vão à academia de ginástica?** In: *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, v. 35, n. 3, p. 627-637, 2013.

XIMENES, R. C. C., COLARES, V., BERTULINO, T., COUTO, G. B. L. **Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes.** In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011.

## **ANEXO 1**



**IBMR – LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES  
CAMPUS BOTAFOGO  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa de conclusão do curso de Psicologia sobre a prevalência da bulimia nas academias de Copacabana, sob a responsabilidade da pesquisadora Karina Santa Marinha Lima Pereira de Araújo, a qual pretende investigar com a aplicação do questionário BITE – Teste de investigação bulímica de Edinburgh a presença de sintomas de Bulimia Nervosa nas academias de ginástica de Copacabana.

Sua participação é voluntária e se dará por meio do preenchimento do questionário sócio demográfico e do BITE - Teste de investigação bulímica de Edinburgh, que tem por finalidade investigar a presença de bulimia através de um questionário com perguntas diretas de sim e não.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (21) 2549-1155 ou pelo e-mail: karina\_araujo7@hotmail.com.

**Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que nada vou ganhar e que posso sair quando quiser.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

## **ANEXO 2**

### Questionário Sócio Demográfico

- 1) Ocupação: \_\_\_\_\_
- 2) Idade: \_\_\_\_\_
- 3) Peso Atual: \_\_\_\_\_
- 4) Altura: \_\_\_\_\_
- 5) Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
- 6) Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Viúvo (a) ( ) Casado/ Companheiro (a)  
( ) Divorciado (a)
- 7) Filhos: ( ) nenhum filho ( ) 1 a 2 filhos ( ) 3 a 4 filhos ( ) 5 ou mais filhos
- 8) Renda Familiar: ( ) menor que 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 salários mínimos  
( ) 4 a 6 salários mínimos ( ) maior que 6 salários mínimos
- 9) Em qual bairro da Cidade do Rio de Janeiro você mora atualmente?  
( ) Copacabana ( ) Outro
- 10) Quantas vezes você pratica exercícios físicos por semana? ( ) 1 ou 2 dias  
( ) 3 ou mais dias
- 11) Quantas horas de exercício físico você faz por dia? ( ) 1h ou menos ( ) 2 a 3h  
( ) 4h ou mais
- 12) Há quanto tempo você pratica exercícios físicos? ( ) 1 mês ou menos  
( ) 2 a 4 meses ( ) 5 a 7 meses ( ) 8 ou mais meses
- 13) Qual a modalidade dos exercícios físicos que você pratica?  
( ) anaeróbicos (ex.: musculação) ( ) aeróbicos (ex.: bicicleta, esteira, abdominal, natação) ( ) ambos

## **ANEXO 3**

### **Teste de Investigação Bulímica de Edinburg (BITE)**

Responda as questões com relação ao que vem sentindo no momento atual:

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular? ( ) Sim ( ) Não
2. Você segue uma dieta rígida? ( ) Sim ( ) Não
3. Você sente-se fracassado quando quebra sua dieta uma vez? ( ) Sim ( ) Não
4. Você conta as calorias de tudo que come, mesmo quando não está de dieta? ( ) Sim ( ) Não
5. Você já jejuou por um dia inteiro? ( ) Sim ( ) Não
8. O seu padrão de alimentação prejudica seriamente sua vida? ( ) Sim ( ) Não
9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida? ( ) Sim ( ) Não
10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente? ( ) Sim ( ) Não
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? ( ) Sim ( ) Não
12. Você come moderadamente na frente dos outros e depois exagera em particular? ( ) Sim ( ) Não
13. Você sempre pode parar de comer quando quer? ( ) Sim ( ) Não
14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer sem parar? ( ) Sim ( ) Não
15. Quando você se sente ansioso (a), você tende a comer muito? ( ) Sim ( ) Não
16. O pensamento de tornar-se gordo (a) o (a) apavora? ( ) Sim ( ) Não
17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?  
( ) Sim ( ) Não
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? ( ) Sim ( ) Não
19. Você preocupa - se com fato de não ter controle sobre o quanto você come? ( ) Sim ( ) Não
20. Você volta-se para comida para aliviar algum tipo de desconforto? ( ) Sim ( ) Não
21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? ( ) Sim ( ) Não
22. Você engana os outros sobre quanto come? ( ) Sim ( ) Não
23. O quanto você come é determinado pela fome que você sente? ( ) Sim ( ) Não
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação? ( ) Sim ( ) Não
25. Se sim esses episódios deixaram você sentindo-se mal? ( ) Sim ( ) Não
26. Se você tem esses episódios, eles ocorrem só quando você está sozinho (a)? ( ) Sim ( ) Não
28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?  
( ) Sim ( ) Não
29. Se você come demais você sente- se muito culpado (a)? ( ) Sim ( ) Não
30. Você já comeu escondido (a)? ( ) Sim ( ) Não
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais? ( ) Sim ( ) Não
32. Você considera-se alguém que come compulsivamente? ( ) Sim ( ) Não
33. Seu peso flutua mais que 2,5 Kg em uma semana? ( ) Sim ( ) Não
34. Se você respondeu sim na pergunta 24, após um episódio exagerado de ingestão de alimento, você utiliza ou já utilizou dos exercícios físicos como forma de compensar? ( ) Sim ( ) Não
35. Você se considera feliz e satisfeito sexualmente? ( ) Sim ( ) Não