

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS

BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

NATALÍ ALVES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES EM HOMENS PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO EM UMA
ACADEMIA NA CIDADE DE BOA ESPERANÇA-MG**

VARGINHA-MG

2018

NATALÍ ALVES DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES EM HOMENS PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO EM UMA
ACADEMIA NA CIDADE DE BOA ESPERANÇA-MG**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Bacharelado em Nutrição do Centro Universitário do Sul de Minas UNIS/MG, campus Varginha como pré-requisito para obtenção de créditos na disciplina TCC II, sob orientação da Professora: Brunna Sullara Vilela.

VARGINHA

2018

AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM HOMENS PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO EM UMA ACADEMIA NA CIDADE DE BOA ESPERANÇA-MG

Natalí Alves de Oliveira¹
Brunna Sullara Vilela Rodrigues²

RESUMO

A insatisfação corporal é o principal fator que direciona pessoas a uma prática de exercícios físicos excessiva, tendo em mente a busca pelo corpo esteticamente perfeito e livre de gorduras, levando ao aumento de doenças e transtornos alimentares. Dentre os transtornos relacionados com a imagem corporal, pode-se citar a Anorexia e a Bulimia como os mais comuns. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em homens praticantes de musculação em uma academia na cidade de Boa Esperança, MG. A amostra foi composta por 58 pessoas do sexo masculino, que responderam 5 questionários: sócio demográfico; escala de silhuetas; teste de atitudes alimentares; teste de investigação bulímica de Edimburgo; e a escala de compulsão alimentar periódica. E obteve os seguintes resultados: 52% se encontram insatisfeitos com sua imagem corporal, 18% com risco para anorexia e 24% risco para bulimia, sem risco para compulsão alimentar periódica.

Palavras- chave: Transtorno alimentar; Anorexia; Bulimia; Homens.

¹Discente do curso de Nutrição do Centro Universitário do Sul de Minas (UNIS/MG);

nataly_mineirinha@hotmail.com ²Orientadora e docente do curso de Nutrição do Centro Universitário do Sul de Minas (UNIS/MG); bruna.vilela@unis.edu.br

RISK ASSESSMENT FOR THE DEVELOPMENT OF FOOD DISORDERS IN MUSCULATION PRACTICE MEN IN AN ACADEMY IN THE CITY OF BOA ESPERANÇA-MG

Body dissatisfaction is the main factor that drives people to excessive physical exercise, keeping in mind the search for aesthetically perfect and fat free body, leading to increased diseases and eating disorders. Among the disorders related to body image, one can cite Anorexia and Bulimia as the most common. The present study aimed to evaluate the risk of developing eating disorders in men who practice bodybuilding at a gym in the city of Boa Esperança, MG. The sample consisted of 58 males, who answered 5 questionnaires: demographic partner; scale of silhouettes; food attitudes test; Edinburgh bulimic research test; and the periodic eating compulsion scale. And the following results were obtained: 52% were dissatisfied with their body image, 18% were at risk for anorexia and 24% were at risk for bulimia, without risk of periodic eating.

Keywords: Eating disorder; Anorexia; Bulimia; Men.

INTRODUÇÃO

Uma das principais características da sociedade é o fato dessa ser marcada por profundas transformações nos hábitos cotidianos. A busca pelo corpo esteticamente perfeito tornou-se uma “necessidade” em grande parte da população, e vem crescendo assiduamente no sexo masculino (HUMPHRY; RICCIARDELLI, 2004).

Modelos, dançarinos, bailarinos, atletas, nadadores, ginastas e praticantes de musculação são exemplos de grupos que buscam uma imagem corporal considerada ideal devido às rigorosas exigências de desempenho físico e estética corporal da profissão. Por esses e outros fatores a dificuldade de lidar com as imperfeições do corpo aumentam, fazendo com que esses grupos apresentem um comportamento obsessivo, considerados grupos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) (HEATHERTON et.al, 2005).

Os transtornos alimentares são quadros caracterizados por aspectos e perturbações no comportamento alimentar do indivíduo, como medo mórbido de engordar, obsessão exagerada com o peso e a aparência do corpo, redução voluntária do consumo nutricional com progressiva perda de peso, ingestão de alimentos sólidos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos, levando a relevantes prejuízos psicológico e sociais (MELIN; ARAÚJO, 2002).

Por essa razão os transtornos alimentares necessitam ser diagnosticados e tratados o mais precocemente possível, para evitar agravos maiores, uma vez que estes tomaram proporções de epidemia e sua gravidade tem feito muitas vítimas, inclusive fatais. A falta de conhecimentos por profissionais da área de saúde tem dificultado os diagnósticos precisos e imediatos aumentando os riscos de complicações da doença (ANDERSEN, 2000).

Além disso, os conceitos sociais sofrem influência da mídia, reforçando e impondo uma cultura que cria padrões de beleza, exclui e discrimina, acanhando pessoas com problemas alimentares a manifestarem o que estão vivendo, o que também dificulta o diagnóstico (SILVA; BARBOSA, 2016).

Nas últimas décadas o estudo sobre os transtornos alimentares tem aumentado progressivamente. A relação clássica de riscos baseado em evidência de estudos científicos era da proporção de um homem para cada nove mulheres portadores de transtornos alimentares. Nos últimos cinco anos, as pesquisas têm demonstrado uma mudança neste

padrão revelando uma proporção de até quatro homens para seis mulheres portadores de TA (PEREIRA, 2016).

O objetivo desse estudo foi avaliar o risco de desenvolvimento para transtornos alimentares em homens praticantes de musculação uma academia de musculação da cidade de Boa Esperança – MG.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que foi realizado em uma Academia na cidade de Boa Esperança, MG que contou com a participação de 58 indivíduos do sexo masculino, praticantes de musculação, com faixa etária entre 18 e 45 anos.

Foram excluídos da pesquisa mulheres e crianças. O tamanho da amostra foi definido para obter um nível de confiança de 95%.

Para identificação dos entrevistados aplicou-se um questionário sociodemográfico.

Foi realizada uma avaliação do perfil nutricional através de métodos antropométricos, medindo peso, altura e Índice de massa corporal (IMC), calculado segundo a fórmula da Organização Mundial da Saúde (OMS): peso (quilos) dividido pela altura (metros) ao quadrado. O peso foi mensurado em balança digital portátil. O indivíduo foi pesado no centro da balança com o mínimo de roupas e descalço. Para mensuração da estatura foi utilizado estadiômetro também portátil, o indivíduo foi posicionado em pé e descalço onde foi mensurada a altura de todo comprimento do corpo, ou seja, dos pés até a cabeça. Também foi calculado o percentual de gordura corporal através do uso adipômetro. Foram aferidas as seguintes dobras: tricipital, bicipital, subescapular, supra-ílica para cálculo de composição corporal.

Investigou-se a percepção da imagem corporal (Figura 2 dos resultados), com a aplicação da Escala de Silhuetas (ANEXO 1), desenvolvida por Thompson e Gray (1995) para adultos. A escala é composta por uma sequência de nove figuras, com silhuetas masculinas, ordenadas da menos volumosa para a mais volumosa. Os voluntários indicaram o número da figura que melhor representa sua aparência atual e com qual aparência gostariam

de ter. A divergência entre estas respostas é considerada o indicador do nível de insatisfação corporal, assim, valores iguais a zero indicam satisfação com a imagem corporal, valores negativos (entre -9 e -1) indicam insatisfação com a imagem corporal com idealização de uma figura mais volumosa e valores positivos (entre 1 e 9) indicam insatisfação com a imagem corporal com a idealização de uma figura menos volumosa.

Para a identificação do risco de anorexia nervosa (Figura 3 dos resultados) foi utilizado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) (Ganer e Garfinkel, 1979) (ANEXO 2). O teste é composto por 26 questões com 6 opções de resposta com pontuação de 0 a 3 (sempre = 3 pontos, muitas vezes = 2 pontos; às vezes = 1 pontos; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0 pontos). Apenas a questão 25 apresenta pontuação invertida. As respostas mais sintomáticas como: sempre, muitas vezes e às vezes não recebem pontos e para as opções poucas vezes, quase nunca e nunca recebem, respectivamente, os pontos 1, 2 e 3. Serão considerados com sintomas de anorexia nervosa os participantes que apresentaram pontuação maior que 21.

Para avaliar o risco de desenvolvimento de bulimia nervosa (Figura 4 dos resultados) utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Bulimia Nervosa (BITE) desenvolvido por Herderson e Freeman (1987) que avalia atitudes alimentares compulsivas (ANEXO 3). O método conta com 33 questões, com opções de respostas: sim – conferindo 1 ponto e não - conferindo 0 pontos. As questões 1, 13, 21, 23 e 31 apresentam pontuação invertida, os itens 6, 7, 27 definem a gravidade, maior que 5, gravidade significativa e maior ou igual a 10, gravidade de grande intensidade. Foram considerados com sintomas de bulimia nervosa àqueles que apresentaram pontuação ≥ 20 .

Para a identificação dos participantes com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (Figura 5 dos resultados) aplicou-se a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) (ANEXO 4), desenvolvida por Gormally et al., 1982 e adaptada para o português por Freitas et al., 2001. O questionário é autoaplicável com 16 itens e 62 afirmativas, das quais o voluntário selecionou, em cada item, a que melhor representa sua resposta. Cada afirmativa corresponde um número de pontos que variam de 0 a 3, sendo 0 a ausência e 3 a gravidade máxima de COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP), o resultado final é a soma dos pontos de cada item. Foram considerados sem COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) aqueles com pontuação ≤ 17 , CAP moderada aqueles

com pontuação entre 18 e 26 e com COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) grave aqueles com pontuação ≥ 27 .

Para identificação do percentual de gordura corporal foram aferidas as dobras cutâneas tricípital, abdominal, supra ilíaca e subescapular dos participantes, e usado classificação do percentual de gordura na composição corporal.

Para finalizar a (Figura 7) demonstra o total de entrevistados com risco para transtornos alimentares.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a coleta foi realizada a análise dos dados utilizando o software SPSS Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. Foi realizado teste de qui-quadrado para avaliar a associação entre as variáveis.

RESULTADOS

Dos 60 homens entrevistados, 58 compareceram do início ao fim da coleta de dados. Todos eram matriculados e frequentadores em uma academia de musculação na cidade de Boa Esperança - MG. Observou-se que a faixa etária predominante no grupo era de 20 a 30 anos, equivalente a 55% dos homens, sendo a idade média de $\pm 26,5$ anos. As características sociodemográficas da população estudada está apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Dados sócio demográficos dos entrevistados avaliados em uma academia da cidade de Boa Esperança, MG.

Dados	(%)
Estado civil	
Casado	24
Solteiro	73

Divorciado	3
Grau de escolaridade	
Ensino médio completo	62
Ensino superior completo	38
Como classifica sua saúde	
Ruim	2
Péssima	0
Regular	10
Boa	47
Ótima	41

No que se refere ao IMC dos entrevistados, verificou-se que 60% encontram-se em eutrofia, 35% em sobrepeso, 5% dos entrevistados encontram-se com IMC classificado como obesidade grau I (Figura 1).

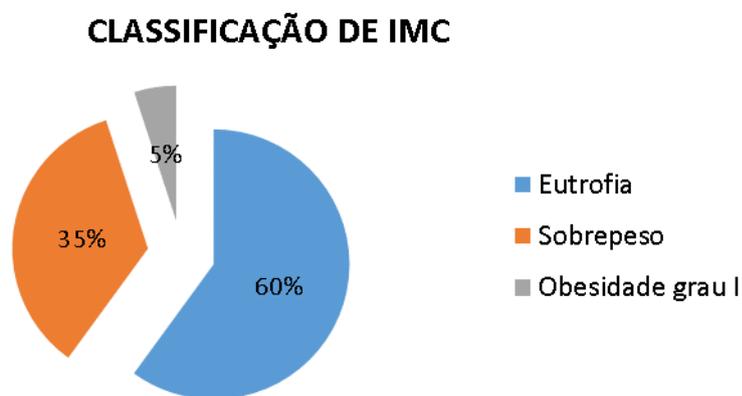


Figura 1. Classificação do estado nutricional segundo Índice de Massa Corporal dos participantes do estudo.

No intuito de averiguar a satisfação corporal dos entrevistados, foi aplicado a escala de silhuetas. Foi possível observar que a maioria dos homens avaliados (52%) não apresentaram satisfação com a imagem corporal (Figura 2).

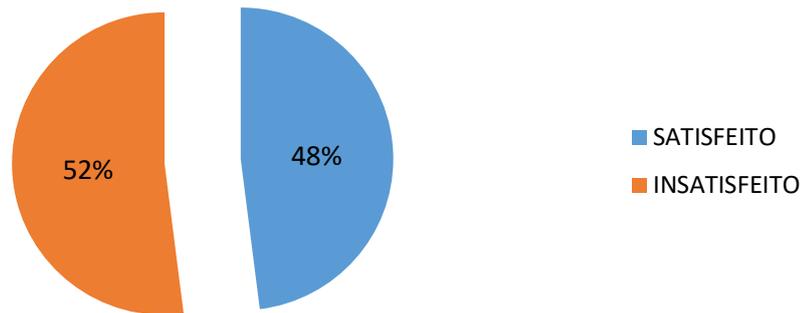


Figura 2. Avaliação da satisfação da imagem corporal nos homens avaliados. De acordo com a escala de silhuetas

Em relação ao teste de atitudes alimentares (EAT-26) a pontuação do questionário foi entre 12 a 18. Oitenta e dois por cento dos entrevistados não apresentam comportamento de risco para transtorno alimentar (TA) e 18% se encontram com “padrões alimentares anormais”, no qual sugerem risco para anorexia. A anorexia nervosa é definida como um transtorno do comportamento alimentar no qual encontramos restrições dietéticas autoimpostas e padrões extravagantes de alimentação, acompanhados de acentuada perda de peso, como apresentado na Figura 3.

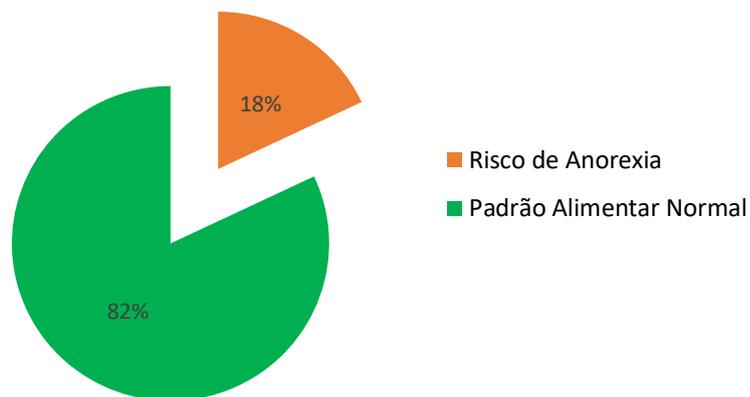


Figura 3. Classificação dos participantes para avaliação do risco de desenvolvimento de anorexia.

Quanto ao teste de investigação bulímica de Edimburgo (BITE) nenhum dos entrevistados tiveram pontuação igual ou superior a 25, o que corresponde a um possível diagnóstico de bulimia. De acordo com a subescala de sintomas BITE, 24% dos avaliados

apresentaram “padrão alimentar não usual”, e 76% apresentaram um padrão normal de apetite (Figura 4).

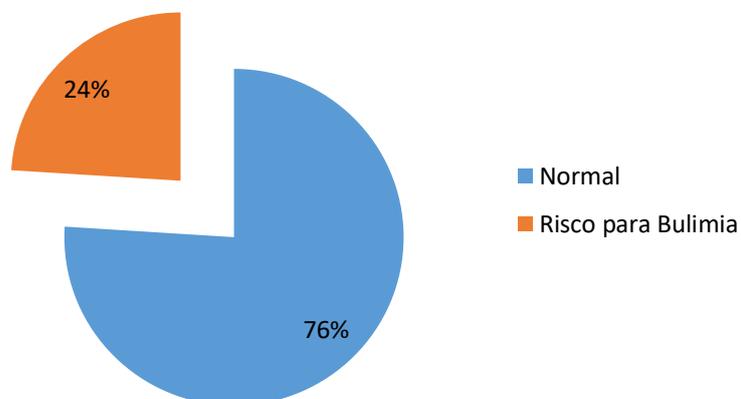


Figura 4. Avaliação do risco para desenvolvimento de bulimia na amostra estudada.

Quando avaliada a compulsão alimentar periódica pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), 100% dos entrevistados não apresentaram riscos.

Para Pollock; Wilmore (1993), é considerado em homens alto percentual de gordura corporal resultados acima de 29 a 31%, bom de 17 a 19%, e ideal de 13 a 16%, abaixo resultados encontrados nesse trabalho conforme demonstrado na Figura 6

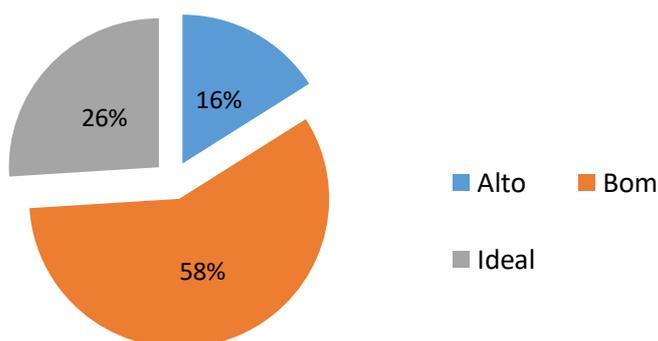


Figura 6. Percentual de gordura corporal dos participantes

Foi identificado um total de 18 homens com risco para algum dos transtornos alimentares citados. Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas ($p > 0,05$).

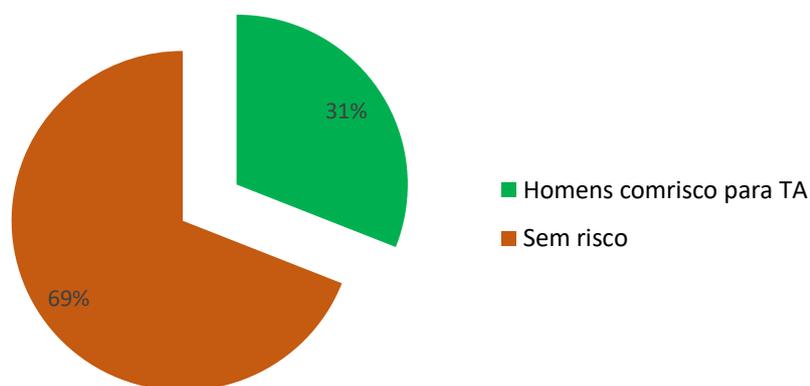


Figura 7. Total de risco de transtornos alimentares identificados

DISCUSSÃO

Um estudo conduzido por Melin e Araújo (2002), obteve dados preocupantes da população do sexo masculino onde 8,67% possuem algum tipo de Transtorno Alimentar. Os resultados obtidos por Carvalho (2008) são ainda mais alarmantes, onde o resultado encontrado foi de 17%. Nesse estudo encontramos uma porcentagem de risco de 31%, desse modo, nota-se que transtornos alimentares passou a se tornar agravante também em homens.

Os transtornos alimentares são patologias graves e de etiologia complexa. Entre os especialistas prevalece um entendimento multifatorial (Abreu & Cangelli Filho, 2005), em que os aspectos culturais têm significativa importância.

Em relação a classificação de IMC dos entrevistados encontramos a maioria do grupo estudado como eutrófico (60%), e relacionando com os dados encontrados em Peixoto et. al. (2012), onde a porcentagem foi de 40% em adolescentes homens de até 16 anos, podemos concluir que esse percentual varia de acordo com o grupo estudado. Ainda através dessa análise, notamos que a prática de exercício físico influencia diretamente na classificação.

A escala de silhuetas mostrou uma insatisfação corporal de 52% em praticantes de exercícios físicos. Comparado ao estudo de Martins et. al. (2008), que obteve uma insatisfação corporal de 33,8%, notamos um aumento no descontentamento com a aparência física nos últimos anos. De acordo com Hetherington MM (2000) a insatisfação com o próprio corpo ligado a outros fatores etiológicos, podem ser um dos principais fatores precipitante dos TA.

A Escala de Atitudes Alimentares (EAT) demonstrou um índice relevante de risco de anorexia (18%) para praticantes de musculação, já em Fortes LS, et al (2016) o resultado de uma pesquisa realizada em atletas do atletismo, observa-se um risco de 13% para anorexia, ou seja, relativamente menor do que a amostra citada nesse estudo. Rouveix, et al. (2007) argumentam que a pressão imposta pela mídia, com o propósito de motivar homens a perder peso e aumentar a massa muscular, é o principal fator desencadeante de condutas alimentares anormais.

Em relação ao Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE) que identifica indivíduos com compulsão alimentar e avalia os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à BN (Henderson e Freeman, 1987), nota-se que 24% dos participantes da pesquisa se encontram em um padrão não usual de alimentação, no qual pode ser evitado se diagnosticado com antecedência e encaminhado ao um tratamento nutricional. Para Pereira (2016), algumas profissões, atletas e praticantes de exercícios físicos sofrem mais com esses Transtornos no sexo masculino.

Esse estudo demonstrou que nenhum dos entrevistados possuem risco de desenvolvimento de Transtorno de compulsão alimentar periódica (0%), e está em consonância comparado com Tramontt (2014), a qual sugere um baixo risco de 0,97% em praticantes de ginastica. Já segundo Vieira (2013) o risco aumenta na população obesa variando de 15% a 30%. Isso demonstra que a prática de exercícios contribui para uma alimentação adequada

Medeiros e Borges (2012) relatam que a obesidade principalmente na adolescência se torna um fator preocupante para o desencadeamento de sentimentos conflituosos e alterações na alimentação, sendo eles indivíduos propícios a desenvolverem características aos transtornos alimentares

O diagnóstico para identificação de transtornos alimentares, ainda é dificultado pela resistência dos homens em aceitar que tem algum tipo de transtorno alimentar, que antes era considerado quase exclusivamente em mulheres, o que dificulta um tratamento e agrava a doença (Andersen 2000).

A busca por um corpo perfeito sem acompanhamentos de profissionais é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares. Os transtornos também levam os indivíduos a se tornarem perfeccionistas, apresentarem traços obsessivos, depressão e uma baixa autoestima (Reis et al., 2013).

Para Pereira 2016, a falta de conhecimento dos próprios profissionais da área da saúde em relação ao desenvolvimento e o que são os Transtornos Alimentares também dificulta a abordagem nos praticantes. Educadores físicos e nutricionistas de uma academia devem estar sempre atentos a postura dos frequentadores para que possam evitar um desenvolvimento ou a descoberta de um distúrbio alimentar, principalmente nos homens, que geram maior dificuldade no diagnóstico.

CONCLUSÃO

Em conclusão, os homens avaliados apresentaram risco para desenvolvimento de transtornos alimentares como anorexia e bulimia.

Percebe-se que os hábitos alimentares de acordo com os testes aplicados, de homens praticantes de musculação encontram-se alterados. A maioria também apresentou insatisfação com a imagem corporal, embora classificados com percentual adequado de peso.

Assim, pode-se inferir que, mesmo com peso e composição corporal adequados, os homens não estão satisfeitos e utilizam estratégias nutricionais que comprometem o estado nutricional e o desempenho na atividade física.

É de extrema importância alertar praticantes de musculação de manterem saúde corpo e mente saudáveis. Precaver esse grupo sobre o desenvolvimento de transtornos alimentares no sexo masculino e orientar sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce.

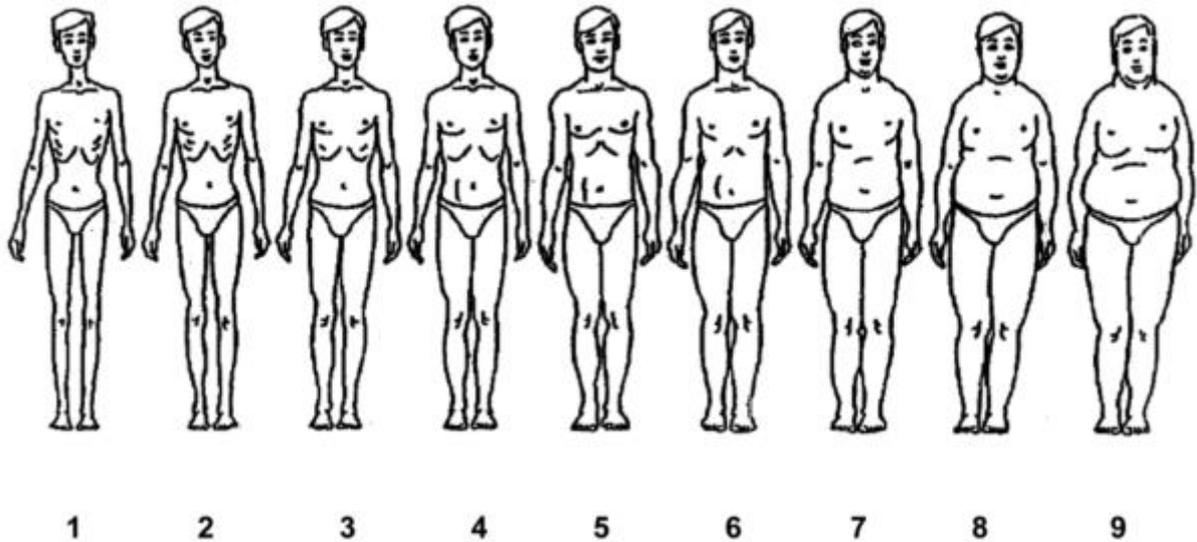
REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, A. E. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 77- 99, 2000.
- CARVALHO, P. V. L. C. **Anorexia e bulimia em adolescentes**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, p. 65, 2008.
- FORTES L. S. et al. Comportamentos de risco para os transtornos alimentares e traços perfeccionistas em atletas de atletismo. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 815-822, 2016.
- HENDERSON, M.; FREEMAN, C. P. A self-rating scale for bulimia. The BITE. **Brit. J. Psychiatry**, London, v. 23, n. 2, p. 18-24, 1987.
- HEATHERTON T. F.; THOMAS J. J.; KEEL P. K. **Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors**, London, v. 38, n. 3, p. 263-8.2005.
- HETHERINGTON M. M. Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention. **Nutrition**, USA, v. 16, n. 7, p. 547-5, 2000.
- HUMPHRY, T. A.; RICCIARDELLI, L. A. The development of eating pathology in Chinese-Australian women: acculturation versus culture clash. **International Journal of Eating Disorders**, Washington, v. 35, n. 4, p. 579-588, 2004.
- MARTINS, F. D.; NUNES, M. F. O.; NORONHA, A. P. P. Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, Várzea Paulista, v. 10, n. 2, p. 94-105, 2008.
- MELIN, P.; ARAÚJO A. M. Transtornos alimentares em homens: Um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 73-76, 2002.
- MEDEIROS, A. C.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para transtornos alimentares: conceitos em Evolução, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 07-12, 2012.

- PENTEADO, G. P. C.; OLIVEIRA, S. J.; TEIXEIRA, T. M.; CHAVES, R.; COSTA, L. C. Avaliação do perfil nutricional de adolescentes com risco para transtornos alimentares. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 12-20, 2012.
- PEREIRA, M. R. A. Transtornos Alimentares: Anorexia E Bulimia Em Homens. **Faculdade De Ciências Biológicas E Da Saúde**, Diamantina, p. 33-36, 2016.
- POPE, J. R. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. **Revista Brasileira Psicologia de Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 5 p. 263-9, 2008.
- REIS, M.N. Et Al. Imagem Corporal, Estado Nutricional e Sintomas de Transtornos Alimentares em Bailarinos. **Rev Bras Ativ Fis E Saúde** • Pelotas/RS • 18(6):763-781 • Nov/2013.
- ROUVEIX M.; BOUGET M.; PANNA C.; CHAMPELY S.; FILAIRE E. Eating attitudes, body esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. **Int J Sports Med**, v. 28, n. 2, p. 340-5, 2007.
- SILVA, L. S; BARBOSA, B. R. A mídia como instrumento modelador de corpos: Um estudo sobre gênero, padrões de beleza e hábitos alimentares. **Revista Rázon y Palabra**, Monterrey, v. 3, n. 94, p. 665-679, 2016.
- TRAMONTT, C. R. Compulsão Alimentar E Bulimia Nervosa Em Praticantes De Exercício Físico. **Revista Brasileira Medicina de Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 4-6, 2014.
- VIEIRA, A. E.; MEYER, E. Considerações a Respeito da Terapia Cognitivo Comportamental e do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, Porto Alegre, RS, p.2-3,2013.

ANEXOS

Anexo 1 – Escala De Silhuetas



Qual aparência física mais se parece com você ATUALMENTE?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

Qual aparência física você GOSTARIA DE TER?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 ()

Anexo 2 – Teste de Atitudes Alimentares (Eat-26)

Por favor, responda as seguintes questões	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando						
2. Evito comer quando estou com fome						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (Ex. pão, arroz, batatas, etc.)						
8. Sinto que outros gostariam que eu comesse mais						
9. Vômito depois de comer						
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito						
13. As pessoas me acham muito magra						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar						
17. Costumo comer alimentos dietéticos						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida						

19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer						
21. Passo muito tempo pensando em comer						
22. Sinto desconforto após comer doce						
23. Faço regime para emagrecer						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições						

Anexo 3 – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (Bite)

01. Você segue um padrão regular de alimentação? () SIM () NÃO

02. Você costuma seguir dietas de forma rigorosa? () SIM () NÃO

03. Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez? () SIM () NÃO

04. Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta?

() SIM () NÃO

05. Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro? () SIM () NÃO

(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07. Se for SIM, siga para a questão 06)

06. Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?

Dia sim, dia não (5)	De vez em quando (2)
2-3 vezes por semana (4)	Apenas uma vez (1)
Uma vez por semana (3)	

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (_____)

07. Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?

Comprimidos para emagrecer

Diuréticos

Laxantes

Provoca vômitos

Nunca	Uma vez, duas ou três vezes por semana
Raramente	Duas ou três vezes por dia
Diariamente	Cinco vezes por dia

08. Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida? () SIM () NÃO

09. Você diria que a comida “domina” a sua vida? () SIM () NÃO

10. De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar? () SIM () NÃO

11. Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida? () SIM () NÃO

12. Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho? () SIM () NÃO
13. Você sempre consegue parar de comer quando quer? () SIM () NÃO
14. Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar? () SIM () NÃO
15. Quando você está ansioso (a), tende a comer muito? () SIM () NÃO
16. A ideia de ficar gordo (a) o (a) apavora? () SIM () NÃO
17. Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)? () SIM () NÃO
18. Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares? () SIM () NÃO
19. O fato de você não conseguir se controlar para comer o (a) preocupa? () SIM () NÃO
20. Você busca na comida um conforto emocional? () SIM () NÃO
21. Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição? () SIM () NÃO
22. Você engana os outros sobre quanto come? () SIM () NÃO
23. A quantidade que você come é proporcional à fome que sente? () SIM () NÃO
24. Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo?
() SIM () NÃO

(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25)

25. Esse episódio o deixou deprimido? () SIM () NÃO
26. Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho (a)? () SIM () NÃO
27. Com que frequência esses episódios acontecem?

Quase nunca (1)	Duas ou três vezes por semana (4)
Uma vez por mês (2)	Diariamente (5)
Uma vez por semana (3)	Duas ou três vezes por dia (6)

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (_____)

28. Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?
() SIM () NÃO
29. Se você comer demais, sente-se muito culpado (a) por isso? () SIM () NÃO
30. Você, de vez em quando, come escondido? () SIM () NÃO

31. Você consideraria seus hábitos alimentares normais? () SIM () NÃO

32. Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? () SIM () NÃO

33. Seu peso aumenta ou diminui mais que 2 kg em uma semana? () SIM () NÃO

Anexo 4- ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA BES (BINGE EATING SCALE)

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

1

() 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.

() 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

() 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

() 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

() 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.

() 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.

() 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.

() 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

() 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.

() 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.

() 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.

() 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

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

5

- () 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- () 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- () 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- () 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

- () 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- () 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- () 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- () 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8

- () 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- () 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- () 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- () 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- () 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- () 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

- () 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- () 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- () 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- () 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- () 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.

() 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

() 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).

() 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.

() 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.

() 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

() 1 Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.

() 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lanche entre as refeições.

() 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.

() 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

() 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.

() 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.

() 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.

() 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

() 1. Eu não penso muito sobre comida.

() 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.

() 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.

4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.

2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.

3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.