**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

MIRELLA BAISE

**Avaliação dos traços de personalidade em pacientes com anorexia
nervosa, segundo o Inventário de Temperamento e Caráter de
Cloninger**

São Paulo
2008

MIRELLA BAISE

**Avaliação dos traços de personalidade em pacientes com anorexia
nervosa, segundo o Inventário de Temperamento e Caráter de
Cloninger**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo como
requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Neurociências e
Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

São Paulo
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Baise, Mirella.

Avaliação dos traços de personalidade em pacientes com anorexia nervosa, segundo o Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger / Mirella Baise; orientador Táki Athanássios Cordás. -- São Paulo, 2008.

107 p.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Neurociências e Comportamento) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Anorexia nervosa 2. Personalidade 3. Inventário da personalidade I. Título.

RC552.A5

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mirella Baise

Avaliação dos traços de personalidade em pacientes com anorexia nervosa, segundo o Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Neurociências e Comportamento

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Ao Paulo, por seu amor, paciência e por
estar ao meu lado em todos os momentos;
aos meus pais, por acreditarem em mim;
aos meus irmãos, pessoas especiais e a
essa nova vida que pulsa em mim.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás pelo carinho, contribuição no meu processo de aprendizado e ajuda constante durante a execução deste trabalho;

À Profa. Dra. Wilze Laura Bruscatto pelo apoio, incentivo à produção científica e amor à psicologia;

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional e por me oferecerem as condições necessárias para minha formação pessoal e profissional;

Ao Paulo, meu eterno amor;

Às colegas do Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em especial, a Elen e Juliana pelo apoio, amizade e companheirismo;

À Elaine e Nyara pessoas especiais e aos membros do Ambulim – IPq - FMUSP;

A todos aqueles que contribuíram nessa caminhada, cada qual à sua importância:
Tatiana Almeida, Adriana Furer, Fernanda Boneto e Erlei Sassi Jr.

Aos amigos fiéis que sempre vibraram e estiveram comigo.

RESUMO

BAISE, M. **Avaliação dos traços de personalidade em pacientes com anorexia nervosa, segundo o Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger**. 2008. 126p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia - Neurociências e Comportamento, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Os transtornos alimentares se caracterizam por comportamentos inadequados no consumo e padrão alimentar, além de crenças equivocadas sobre alimentação, que ocasionam uma piora da qualidade nutricional. Os Transtornos alimentares são determinados por uma etiologia multifatorial, onde os fatores socioculturais, as diferenças étnicas e psicossociais, associados à vulnerabilidade biológica, tem grande importância no desencadeamento, manutenção e perpetuação dos sintomas alimentares. Na Anorexia Nervosa o medo intenso ou mórbido de engordar representa o aspecto psicopatológico central desta doença. Estes pacientes caracterizam-se por uma excessiva perturbação da imagem corporal e pela busca incessante da magreza. Em função do medo de engordar, são incapazes de manter o peso em medidas ideais, além de apresentarem comportamentos alimentares inadequados na intenção de perpetuar o baixo peso. Para a compreensão dinâmica da personalidade destes pacientes é de extrema importância o conhecimento da personalidade na patogênese e patoplastia deste transtorno. Neste sentido, o Inventário de Temperamento e Caráter avalia fatores de temperamento e caráter aplicados à percepção dos traços de personalidade de pacientes com o transtorno alimentar, no caso, Anorexia Nervosa. Este trabalho teve como o objetivo avaliar os traços de personalidade, segundo o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), em pacientes com anorexia nervosa e compara-los a um grupo controle. Os

resultados indicaram que estes pacientes apresentam características sócio-demográficas de uma população jovem, com início do transtorno na adolescência, composta por mulheres, de etnia branca e solteiras. Os pacientes com Anorexia Nervosa diferenciam-se do grupo controle devido à presença de sintomatologia depressiva moderada pelo BDI. Além disso, na avaliação de personalidade confirmou-se a presença de elevados traços em esquiva ao dano e diminuídos em autodirecionamento nos pacientes com AN comparados aos controles normais. Houve diferenciação entre o grupo restritivo e purgativo na dimensão busca de novidades. A exclusão de pacientes com sintomatologia depressiva grave não interferiu na análise dos resultados dos traços de personalidade.

Palavras-Chave: anorexia nervosa; personalidade, inventário de personalidade.

ABSTRACT

BAISE, M. **Evaluation of personality traits in patients with nervous anorexy, according to the inventory of Temperament and Character of Cloninger.** 2008. 126p. Master's Degree Ditssertartion - Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

The eating disorders are characterized by behavior not good in consumption and dietary patterns, and wrong beliefs about diet that cause a worser nutritional quality. The Eating disorders are determined by a multifactorial etiology, where the sociocultural factors, psychosocial and ethnic differences associated to the biological vulnerability, have been great importance in triggering, maintenance and perpetuation of food's symptoms. In anorexia nervosa the intense fear or morbid to be fat is the psychopathological central aspect of this disease. These patients are characterized by an excessive disturbance of theirs body image and the incessant quest for thinness. Depending on the fear of fat, are unable to keep the weight on measures ideals, and doing inadequate eat in order to perpetuate the low weight. To understand the dynamics of personality of these patients is very important knowledge of the personality and patoplasty in the pathogenesis of this disorder. In this case the Inventory of Temperament and Character value factors of temperament and character applied to the perception of the personality traits of patients with the eating disorder, in the case, anorexia nervosa. This study have been evaluate how the traits of personality, according to the inventory of Temperament and Character (ITC) in patients to anorexia nervosa and compares them to a control group. The results indicated that these patients present social-demographic characteristics of a young population, beginning the disorder in adolescence, composed of women, which ethnic white and single. Patients with anorexia nervosa are differentiated from the

control group because of the presence of moderate depressive symptoms by BDI. Also, the personality evaluation is confirmed the presence of high traits damage and reduced in self-direction in patients with AN compared with normal controls. There was differentiation between the restrictive group and purgative in a dimension a search of news. The exclusion of patients with severe depressive symptoms had not been interfered in the analysis of the results in a personality traits.

Keywords: nervous anorexia; personality, inventory of personality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Revisão sistematizada por Tavares (2006) com relação aos fatores dimensionais nos estudos de personalidade	20
Figura 2 - Traço de Personalidade – ITC - Esquiva ao dano	72
Figura 3 - Traço de Personalidade – ITC - Autodirecionamento.	73
Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa pelo DSM-IV	24
Quadro 2 - Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa pela CID-10	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Instrumentos de avaliação de personalidade	19
Tabela 2 - Resumo dos principais estudos que utilizaram o ITC – Fatores de temperamento	51
Tabela 3 - Resumo dos principais estudos que utilizaram o ITC – Fatores de caráter	52
Tabela 4 - Fatores dimensionais de temperamento e caráter de Cloninger	61
Tabela 5 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável etnia	63
Tabela 6 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável idade e anos de escolaridade	63
Tabela 7 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável estado civil ...	64
Tabela 8 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável religião	64
Tabela 9 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável atividade profissional	64
Tabela 10 - Idade e anos de escolaridade de controle normais.	65
Tabela 11 - Pacientes com Anorexia Nervosa - variável diagnóstico	66
Tabela 12 - Pacientes com Anorexia Nervosa - variável Comorbidade de eixo I	66
Tabela 13 - Pacientes AN - sintomas depressivos (BDI), IMC e tempo de doença..	67
Tabela 14 - Controles normais - sintomas depressivos (BDI)	68

Tabela 15 - Variáveis relacionadas ao BDI e traços de personalidade de pacientes com AN e controles normais	68
Tabela 16 - Medidas descritivas das variáveis relacionadas aos traços de personalidade e sintomas depressivos – BDI de pacientes com AN e subtipos	70
Tabela 17 – Medidas descritivas das variáveis relacionadas aos traços de personalidade e sintomas depressivos – BDI de pacientes com ANP, ANR e grupo controle	71
Tabela 18 - Resultados da comparação entre o grupo de pacientes com AN e o grupo controle quanto às variáveis BDI e traços de personalidade	74
Tabela 19 - Comparação entre os traços de personalidade e o BDI de pacientes com AN e seus subtipos, excluindo os oito pacientes com sintomas depressivos graves e os controles normais	75
Tabela 20 - Resultados da comparação entre o grupo controle e os grupos de ANP e ANR	77

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Transtornos Alimentares na Atualidade	16
1.2	Importância da Avaliação dos traços de personalidade nos transtornos alimentares	18
1.3	Conceito histórico de Anorexia Nervosa	21
1.3.1	Critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa	22
1.3.2	Fatores de Risco	25
1.3.3	Incidência e Prevalência	26
1.3.4	Evolução e Prognóstico	27
1.3.5	Comorbidade	27
1.4	Personalidade	29
1.4.1	Abordagem dimensional e categorial de personalidade	31
1.5	O modelo de Cloninger e o Inventário de Temperamento e Caráter	35
1.5.1	O modelo de Cloninger e a influência do estado de humor nos traços de personalidade	39
1.5.2	Personalidade e o modelo de Cloninger na Anorexia Nervosa	39
2	OBJETIVOS	41
2.1	Objetivo geral	41
2.2	Objetivos específicos	41
2.3	Hipóteses experimentais	42
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	43
3.1	Anorexia Nervosa: tipo purgativo e restritivo e as dimensões de Personalidade	47

3.2	Resultados nos traços de personalidade após melhora do quadro clínico	53
3.3	Justificativa para o estudo	56
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	58
4.1	Sujeitos	58
4.2	CrITÉRIOS de inclusão	59
4.3	CrITÉRIOS de exclusão	60
4.4	Instrumentos de Avaliação	60
4.5	Análise Estatística	62
5	RESULTADOS	63
5.1	Características Sociodemográficas	63
5.2	Características diagnósticas e aspectos clínicos: comorbidades, sintomas depressivos tempo de doença e Índice de Massa Corpórea	65
5.3	Características dos traços de personalidade e sintomas depressivos - BDI de pacientes com AN e controles normais	68
5.4	Características dos traços de personalidade e sintomas depressivos - BDI de pacientes com AN segundo o subtipo – ANP e ANR	69
5.5	Análise descritiva das variáveis: sintomas depressivos e traços de personalidade	73
6	DISCUSSÃO	78
6.1	Características sociodemográficas	78
6.2	Traços de personalidade e sintomas depressivos na amostra de pacientes com AN.....	78
6.3	Traços de personalidade e sintomas depressivos, segundo os subtipos ANP e ANR	81

6.4	Traços de personalidade de AN e seus subtipos e a exclusão de oito pacientes com sintomas depressivos graves	82
7	CONCLUSÕES	85
8	REFERÊNCIAS	87
9	ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos Alimentares na Atualidade

Os transtornos alimentares (TAs) se caracterizam por comportamentos inadequados no consumo e padrão alimentar, além de crenças equivocadas sobre alimentação, as quais ocasionam uma piora da qualidade nutricional (CASPER, 1983).

Os TAs são determinados por uma etiologia multifatorial, em que fatores socioculturais, as diferenças étnicas e psicossociais, associados à vulnerabilidade biológica, têm grande importância no desencadeamento, na manutenção e na perpetuação dos sintomas alimentares (CORDÁS; NEVES, 1999; GEORGE; HARRIS; CASAZZA, 2007; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; WAGNER et al., 2006).

Estudos que utilizam como critério diagnóstico o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) - APA (American Psychiatric Association, 1994) apontam que o transtorno alimentar ocorre entre 2% e 5% das mulheres jovens (HAY, 1998; HOEK, et al., 1998; HOEK; HOEKEN, 2003; MARKEY, 2004).

Nos atuais sistemas classificatórios, DSM-IV (1994) e o da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1996), fazem parte dos TAs duas importantes síndromes: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN); e ainda um terceiro diagnóstico, presente em caráter experimental no DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

O fato de não caber em um vestido, o rompimento com o primeiro namorado ou um comentário de alguém sobre a forma do corpo e o peso podem transformar-se em um estímulo para iniciar uma dieta, prática bastante difundida entre as mulheres (CORDÁS et al., 1998).

Essa busca pela magreza acentuou-se a partir dos anos de 1960, muitas vezes representada a partir do sucesso da modelo inglesa Twiggy, e ganhou força nos anos de 1980 e 1990 com um de seus clones, Kate Moss. Os clínicos têm intensificado as pesquisas, e a Anorexia Nervosa tem sido largamente reconhecida como um transtorno grave, crônico, de elevada mortalidade com significativas comorbidades psiquiátricas e dificuldades terapêuticas (HERZOG et al., 1992).

O medo intenso ou mórbido de engordar representa o aspecto psicopatológico central da anorexia. São pacientes que se caracterizam por uma excessiva perturbação da imagem corporal e pela busca incessante da magreza, freqüentemente ao ponto da inanição. Por causa do medo de engordar, são incapazes de manter o peso em medidas ideais, além de apresentarem comportamentos alimentares inadequados na intenção de perpetuar o baixo peso (CORDÁS; BUSSE, 1995; GABBARD, 1998; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

1.2 Importância da Avaliação dos traços de personalidade nos transtornos alimentares

Nas últimas duas décadas houve crescente interesse no estudo de diferentes aspectos clínicos e conceituais da personalidade e sua relação com os transtornos psiquiátricos, incluindo os TAs. Os modelos atuais incluem traços pré-mórbidos na etiologia, a saber: expressão sintomática, funcionamento geral, fenomenologia clínica, manutenção, prognóstico e tratamento (CASSIN; RANSON, 2005). Uma questão relevante a se esclarecer é se as características de personalidade observadas antecedem o início do TA ou são meramente correlacionadas e resultados do processo de adoecimento (KLEIFIELD et al., 1994b).

Para acessar os traços de personalidade e verificar suas relações e interações nos quadros alimentares, os questionários de autopreenchimento têm sido utilizados, nestes últimos anos, como fonte eficaz e facilitadora para a compreensão do perfil desses pacientes (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002). Os instrumentos de avaliação de personalidade enumerados aqui foram utilizados nos últimos anos e publicados em língua inglesa (TAVARES, 2006):

Tabela 1 - Instrumentos de avaliação de personalidade

INSTRUMENTO	ANO /AUTOR	OBJETIVO
NEO PI Personality Inventory	COSTA; MCCRAE, 1985.	Modelo dos 5-fatores. Avalia neuroticismo, extroversão, conscienciosidade, abertura para experiências e cordialidade.
Eysenck Personality Questionnaire – EPQ	EYSENCK; EYSENCK; BARRANTT, 1985.	Avaliar o temperamento: neuroticismo e extroversão.
Multidimensional Personality Questionnaire MPQ	TELLEGEN, 1982.	Avaliar emocionalidade (disposição para o prazer, gratificação, felicidade) nas atitudes e comportamentos alimentares.
Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI	HATHAWAY; MCKINLEY, 1975.	Determinar o perfil de personalidade.
Tridimensional Personality Questionnaire – TPQ	CLONINGER, 1987.	Avaliar traços dimensionais.
Temperament and Character Inventory - TCI	CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993.	Avaliar traços dimensionais

Figura 1 - Revisão sistematizada por Tavares (2006) com relação aos fatores dimensionais nos estudos de personalidade

T E M P E R A M E N T O	Dimensões	Modelo 5-fatorial	Modelo Tri-fatorial	Revisão de Waller e	Revisão de Cloninger
	Afetividade Negativa: suscetibilidade e à ansiedade, medo e tristeza	Neuroticismo	Neuroticismo	Neuroticismo	Esquiva ao Dano
	Impulsividade: reatividade a estímulos	Psicoticismo	Psicoticismo	Constrrição	Busca de Novidades
C A R Á T E R	Integração do <i>Self</i> : auto-imagem, identidade, objetividade	---	---	Valência Positiva	Autodirecionamento
				Valência Negativa	
	Empatia e Tolerância: afabilidade e ternura	Cordialidade	---	Cordialidade	Cooperatividade
	Convencionalismo versus Liberalismo	Abertura	---	Abertura	Autotranscendência

1.3 Conceito histórico de Anorexia Nervosa

O termo anorexia deriva do grego “an” deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite, cujo significado seria aversão à comida, enjôo do estômago ou inapetência (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

A denominação adotada atualmente - Anorexia Nervosa (AN) - teve sua origem em estudos do médico londrino William Whitney Gull (1874) e do neuropsiquiatra parisiense Ernest Charles Lasègue (1873), na segunda metade do século XIX, quando descreveram, quase simultaneamente, mulheres que se recusavam a comer, tinham baixo peso e amenorréia, e que, apesar desse estado de caquexia, se dedicavam à prática de atividade física e apresentavam uma quase indiferença em relação ao seu estado clínico. Tais descrições se assemelham ao que conhecemos hoje por anorexia nervosa.

Ao que parece, os TAs sempre existiram com os mesmos sintomas nucleares, no entanto a época e as razões para esse emagrecimento mudaram. Na Idade Média, os jejuns foram interpretados como práticas utilizadas por santas em resposta à estrutura social patriarcal a qual estavam submetidas, e hoje passou a ser designado como “anorexia sagrada”. Embora não seja possível afirmar que a atual concepção de AN se relacione aos casos de “anorexia sagrada”, podem-se traçar alguns paralelos: em ambas as descrições, essas mulheres não toleram as consequências do “comer”, representam “estados ideais” e evitação da sexualidade, do egoísmo e do alimento (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Até os achados de Lasègue e Gull, os dados diagnósticos e as características clínicas não eram tão claros. No entanto, na concepção atual, o termo AN é utilizado

em medicina como perda ou redução do apetite e pode ocorrer em diferentes quadros clínicos.

Discussões atuais questionam o termo “anorexia” no quadro alimentar no sentido etimológico de perda do apetite, visto que pacientes anoréxicos apresentam uma recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar; e, pelo menos no início da doença, não há perda do apetite (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Na década de 1970, surgiram os primeiros critérios padronizados para o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos, incluindo o diagnóstico de AN, com base nas características psicobiológicas e psicopatológicas observadas e para atender às necessidades clínicas e de pesquisa. Os critérios ressaltam a perda considerável de peso, a preocupação mórbida com o risco de engordar, alterações na percepção corporal e disfunções endócrinas (ex. amenorréia).

1.3.1 Critérios diagnósticos da Anorexia Nervosa

A AN é caracterizada pela deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente, associada à desnutrição de gravidade variável, resultando em alterações endócrinas, metabólicas e perturbações de função corporal secundária (OMS-1996).

Os critérios diagnósticos para AN no DSM-III R (1987) e no DSM-IV (1994) são praticamente os mesmos. No atual Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV (1994), consistem na recusa persistente em manter o peso corporal acima do peso mínimo esperado (menos de 85% do peso esperado), ou fracasso em ganhar o peso durante um período de crescimento. O paciente tem

medo intenso de ficar gordo, mesmo quando está drasticamente abaixo do peso e, em mulheres na pós-menarca, verifica-se a ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos.

Baseados na forma de apresentação existem dois subtipos de AN – a AN purgativa (ANP) e a AN restritiva (ANR). Esta diferença categorial supõe também uma diferença estrutural de traços de personalidade, que pode influenciar a expressão e a manutenção do modelo alimentar. Estas distinções, que não faziam parte dos critérios no DSM-III, foram acrescentadas no DSM-IV.

Tipo restritivo: o indivíduo restringe o consumo de alimento e não se envolve em episódios de compulsão alimentar ou purgação.

Tipo purgativo: o indivíduo se engaja regularmente em episódios de purgação pelo vômito, uso de laxantes ou diuréticos.

A CID-10 optou por não criar subtipos de AN. Desse modo, nesta classificação, os pacientes que apresentam episódios bulímicos e têm baixo peso recebem o diagnóstico de “bulimia nervosa”, o que representa uma divergência relevante entre as duas classificações.

Controvérsias também permanecem na classificação de anoréxicos que purgam, mas não apresentam episódios bulímicos, ou seja, mantêm dieta restritiva e valem-se de algum método purgativo para evitar o ganho de peso. Tais pacientes têm sido classificados como anoréxicos do tipo purgativo no DSM-IV.

Quadro 1 - Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa pelo DSM-IV

	Critérios Diagnósticos DSM-IV
A	Perda de peso e recusa em manter o peso corporal dentro da faixa normal (> 85% do esperado).
B	Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
C	Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
D	Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.
	<p>Subtipos:</p> <p>1) Tipo Restritivo: faz uso de dietas e exercícios apenas ; durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.</p> <p>2) Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).</p>

Quadro 2 - Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa pela CID-10

	Critérios Diagnósticos CID-10
A	Perda de peso e manutenção abaixo do normal ($IMC < 17,5 \text{ kg/m}^2$).
B	Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam.
C	Medo de engordar e percepção de estar muito gorda (o).
D	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso do desenvolvimento puberal. * vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.

1.3.2 Fatores de Risco

A AN geralmente se inicia na adolescência, em jovens com idade média de 17 anos (WILLI; GIACOMETTI; LIMACHER, 1990), e é mais comum em mulheres do que em homens (GOTESTAM et al., 1998). Há questionamentos na literatura de que privilégios quanto à classe socioeconômica favoreçam o desenvolvimento da AN (MCCLELLAND; CRISP, 2001).

Em um dos estudos sobre a personalidade desses pacientes, Halvorsen e Heyerdahl (2006) referem que jovens pacientes são quase universalmente descritos por seus pais como “crianças perfeitas”.

Casper (1983) relatou alguns casos de pacientes anoréxicas, referindo-se a elas com os adjetivos “sensíveis, obstinadas e difíceis”. A personalidade de pacientes com AN é comumente caracterizada pelo perfeccionismo,

comportamentos obsessivos, baixa auto-estima, conformismo e rigidez (BULIK et al., 2005b; FASSINO et al., 2002a; HALVORAEN; HEYERDAHL, 2006; WONDERLICH et al., 2005).

Além dos fatores socioculturais e biológicos envolvidos na AN, essas descrições da personalidade são consideradas como possíveis fatores predisponentes: traços obsessivos e de perfeccionismo, rigidez, sentimento de ineficiência, falta de confiança e baixa auto-estima (HALMI, 2005a; KAPLAN, SADOCK; GREBB 1997; SOHLBERG; STROBER, 1994).

1.3.3 Incidência e Prevalência

Embora a AN seja considerada, de modo bastante discutível, um transtorno pouco comum, com prevalência entre 0,3% e 1% (DE FILIPPO et al., 2000; KLUMP et al., 2000, AALTO-SETALA et al., 2001) e taxas de incidência de 8 casos por 100.000 (HOEK; HOEKEN, 2003), as conseqüências são extremamente graves não somente para os indivíduos doentes, mas também para os familiares e para a sociedade (LINDBERG; HJERN, 2003).

São poucos os estudos epidemiológicos em TAs em países em desenvolvimento. Em função da experiência clínica, proliferação de serviços especializados e grande procura por tratamento. Moya e Fleitlich-Bilyk (2003) sugerem que os TAs tenham uma significativa prevalência no Brasil, embora os índices ainda não sejam conhecidos.

1.3.4 Evolução e Prognóstico

A evolução dos TAs geralmente é incerta e variável e, muitas vezes, o prognóstico é reservado, a evolução pode ocorrer com um único episódio, com recuperação ponderal e psicológica completa, o que é raro, até evoluções crônicas com inúmeras internações e recaídas sucessivas (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

Sugerem-se como indicadores de bom prognóstico na AN o início precoce e a curta história da doença, enquanto o mau prognóstico estaria relacionado à duração prolongada da doença, o início tardio, presença de sintomas bulímicos e o baixo peso inicial ou na alta hospitalar (FAIRBURN; HARRISON, 2003; HERZOG, 2000).

Os pacientes com AN apresentam elevado risco de morbidades (MOYA, 2003), o que está freqüentemente associado a altas taxas de mortalidade, cerca de 4,9 a 9,6 dentre todos os transtornos psiquiátricos. Este valor é doze vezes maior que a mortalidade de mulheres jovens na população geral (APA, 2000; CORDÁS et al., 2004; HERZOG et al., 2002), sendo as principais causas de morte: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (APA, 2000; HALMI, 2002).

1.3.5 Comorbidade

Mais de 50% dos pacientes com AN em tratamento psiquiátrico recebem mais de um diagnóstico, dentre os quais a comorbidade é mais uma regra do que uma exceção (ANDRADE et al., 1993).

Pacientes com AN apresentam elevada prevalência de comorbidades com os transtornos do humor (depressão maior, distímia e transtorno bipolar) e transtornos

de ansiedade (fobia social, TOC, ansiedade generalizada) em mais de 50% dos casos (CORDÁS et al., 1998; HERZOG, 1984; HERZOG et al., 1992; KAPLAN et al., 1997; KARWATZ et al., 2003; SKODOL et al., 1993; SVRAKIC et al., 1993).

Embora seja constante a presença de transtornos do humor e ansiosos, não se conhece a natureza dessa associação e com que seqüência tais transtornos tendem a se desenvolver (BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1994).

Os Transtornos de Personalidade (TP) ou transtornos do eixo II também apresentam taxas significativamente maiores nos TAs do que em populações controle, e o curso e a evolução do TA ocorrem em conjunto com o TP, quatro vezes mais do que somente o transtorno alimentar (BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1994; HALMI et al., 2005; KARWATZ et al., 2003). Dentre os TPs, os mais observados na AN são os do cluster C do DSM-IV, ou seja, transtorno de personalidade evitativo, transtorno de personalidade dependente e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (APA, 2000; HERZOG, 1992; ROSENVINGE, MARRTINUSSEN, OSTENSEN, 2000; WONDERLICH, 1990).

Como a personalidade e os traços que a compõem exercem forte influência nos TAs, os traços de personalidade na AN serão discutidos detalhadamente, a partir do capítulo 3.

1.4 Personalidade

A palavra Personalidade deriva do latim - *persona* - que significa máscara, ou seja, como nos apresentamos ou nos mostramos aos outros. Para a psicologia, personalidade é uma organização dos vários sistemas físicos, fisiológicos, psíquicos e morais que se interligam, determinando o modo como o indivíduo se ajusta ao ambiente em que vive (TAVARES, 2006).

A Personalidade pode ser definida como um conjunto de características que conferem uma identidade e um padrão de relacionamento únicos e próprios a cada indivíduo. Estas características correspondem ao modo como esse indivíduo processa, armazena e responde à informação e a estímulos externos, ao longo do tempo, e são proporcionadas pela interação entre as disposições naturais e as experiências individuais para garantir o melhor ajuste ao meio ambiente (TAVARES, 2006).

O interesse na personalidade ressurgiu na década de 1980, quando foi publicada a 3ª edição do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III), com o uso da classificação em diferentes eixos, iniciada primeiramente no DSM-III (1980) e DSM-III R (1987) (LORANGER, 2005; CLARK, 2005).

Isso determinou o resgate de linhas importantes de investigação da personalidade iniciadas por Allport e seguidores na década de 1940. Allport, após extensa revisão de personalidade, sintetizou-a, definindo-a como “a organização dinâmica dentro do indivíduo dos sistemas psicofísicos que determinam seu ajustamento único ao seu ambiente” (TAVARES, 2006).

Ainda na década de 1940, Cattell deu início a um processo que originou um dos dois modelos teóricos mais importantes de personalidade que é estudado até hoje. O autor partiu de uma base empírica (descritores da personalidade existentes na linguagem comum) para chegar a uma estrutura, da qual, se derivou uma teoria sobre a organização da personalidade (TAVARES, 2006).

Eysenck, na década de 1950, supôs uma estrutura dinâmica inicial bastante simples. A hipótese era a de que os sistemas cerebrais envolvidos na organização da personalidade e do comportamento estavam divididos em duas dimensões: Ativação e Inibição do comportamento. Ao investigar teorias sobre a organização dinâmica da personalidade e buscar paralelos em estudos do comportamento animal, ele criou itens sobre a suscetibilidade individual a estímulos provocativos e inibidores. A resposta aos itens era binária, por exemplo: “gosto de viajar para lugares novos e desconhecidos”. A opção de resposta seria “verdadeiro” ou “falso”. Ao contrário da tradição empírica iniciada por Cattell, neste caso, o modelo foi construído com base em um corpo teórico para se chegar à estrutura (TAVARES, 2006).

Para Widiger (1991) e Rogers (1989), traços de personalidade são definidos como padrões persistentes de funcionamento do indivíduo.

A fim de aperfeiçoar a compreensão sobre personalidade, novas teorias e métodos de avaliação foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar as qualidades estruturais existentes e integrar os aspectos psicobiológicos da personalidade e suas relações entre fatores temperamentais e de caráter (CLONINGER et al., 2005; SVRAKIC; SVRAKIC; CLONINGER, 1996).

No Brasil, os estudos referentes à avaliação psicológica apresentam dificuldades básicas em seu desenvolvimento. Um dos principais problemas

apresentados pelos autores diz respeito à qualidade e à quantidade de instrumentos de avaliação disponíveis para a realidade brasileira (ANDRIOLA, 1996; HUTZ e BANDEIRA, 1993). O processo de construção de instrumentos de avaliação é complexo, trabalhoso e caro. De maneira geral, os estudos psicológicos não dispõem de suporte tecnológico para avaliação, e de uma forma específica, na área da personalidade essas dificuldades se acentuam (GUZZO; PINHO; CARVALHO, 2002).

Neste estudo, optamos pela teoria biopsicossocial de Cloninger e seu Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), por causa de sua importância como constructo teórico e por ser um dos instrumentos mais validados e utilizados em todo o mundo e, a nosso ver, com uma visão ampla e abrangente sobre personalidade (BRÄNDSTRÖM et al., 1998; DE LA RIE et al., 1998; TANAKA et al., 1998; PÉLISSOLO; LÉPINE, 2000).

De acordo com Cloninger (1993), podemos caracterizar a personalidade como uma entidade dinâmica, em constante desenvolvimento e mudança, apresentando uma estabilização ao redor dos 50 anos de idade. O modelo proposto por Cloninger é tridimensional, biopsicossocial e será detalhado posteriormente.

1.4.1 Abordagem dimensional e categorial de personalidade

Inconsistências na identificação de tipos de personalidade, seja ao utilizar a abordagem categorial (DSM), seja na abordagem dimensional (diferentes traços), refletem os diferentes critérios de diagnóstico e a ênfase (ou não) nos conceitos de personalidades anormais ou psicopáticas. Neste sentido, o método de diagnóstico utilizado vai influenciar de maneira direta os resultados e a confiabilidade do estudo.

A abordagem dimensional difere do método categorial no que diz respeito à tentativa de medir traços de personalidade como um *continuum*. Os resultados devem ser acrescidos de informações adicionais sobre os pacientes, realçar a avaliação, contribuir com o clínico nas pesquisas e na análise da avaliação (LORANGER, 2005). Assim, colhem-se maiores informações que permitem identificar quem é o paciente e quais os níveis de desordem, bem como diferenciar pacientes limiares daqueles casos protótipos (CLARK, 2005; TOMOTAKE; OHMORI, 2002).

Na literatura, há discussões sobre a melhor maneira de abordar e concretizar o diagnóstico médico, quer se baseie na abordagem categorial, quer na dimensional. De acordo com Widiger (1991), as vantagens da abordagem categorial referem-se:

- 1) à facilidade na forma de conceituar e comunicar a informação, ou seja, o paciente apresenta ou não apresenta um determinado transtorno;
- 2) à familiaridade, ou seja, tal abordagem é familiar ao clínico; e
- 3) à consistência com as decisões clínicas.

A personalidade, segundo a abordagem categorial, é agrupada em três *clusters (grupos)*: *Cluster A-* (distantes) - Transtorno de personalidade paranóide, esquizóide e personalidade esquizotípica; *Cluster B* – (impulsivos)- Transtorno de personalidade anti-social, borderline, histriônico e narcisista; *Cluster C-* (evitativos) - Transtorno de personalidade evitativo, dependente, obsessivo-compulsivo e passivo-agressivo.

Com relação aos diagnósticos categoriais de personalidade, mais de 60% das pacientes com TA apresentam TP, e as porcentagens nos estudos variam de 53% a

93% (DIÁZ-MARSÁ et al., 1999; WONDERLICH et al., 1990). Diagnósticos de Cluster C (anancásticos, dependentes e ansiosos) são observados em 22 % dos pacientes com AN (KARWAUTZ et al., 2003).

Para os autores Widiger (1991), Watson, Clark e Harkness (1994) e Tomotake e Ohomori (2002), as vantagens da abordagem dimensional seriam as seguintes:

- 1) resolução de dilemas classificatórios, ou seja, diagnósticos fronteiros são facilitados por esta abordagem, pois permitem diferenciar nuances de traços de personalidade;
- 2) retenção da informação, isto é, não simplifica o comportamento e há possibilidade de inúmeras combinações de traços para um mesmo diagnóstico;
- 3) teoricamente são consistentes com a complexidade de sintomas observados clinicamente;
- 4) confiabilidade, pois há estabilidade temporal;
- 5) base para compreender a heterogeneidade do sintoma dentro do diagnóstico e informações sobre traços leves.

A abordagem categorial é mais utilizada, quando existe um único diagnóstico, porque categorias ou tipos de personalidades simplificam as decisões de tratamento; entretanto, as críticas com relação a esta abordagem são decorrentes das limitações de seus critérios e da quantidade de diagnósticos de TA não-especificados em crianças e adolescentes (MITCHELL; COOK-MYERS; WONDERLICH, 2005).

A abordagem dimensional é mais usada pelos clínicos, quando há múltiplos diagnósticos e é mais familiar para descrições de personalidade (BATTAGLIA et al., 1996).

Além disso, essa abordagem serve-se de instrumentos auto-aplicáveis com propriedades psicométricas adequadas que permitem aos pacientes revelar comportamentos que, por vezes, poderiam considerar vergonhosos na avaliação face-a-face; são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de um número considerável de indivíduos (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

O ITC é um tipo de abordagem dimensional baseada nos traços de personalidade. Ou seja, trata-se de um processo de avaliação, em que não se identifica o perfil do diagnóstico, mas o perfil do traço de personalidade (CLARK, 2005).

Podem-se correlacionar as dimensões de temperamento do ITC aos clusters: Cluster A (distantes) - diminuída Dependência de Gratificação; Cluster B (impulsivos) - aumento da Busca de Novidade; Cluster C (evitativos) - aumento da Esquiva ao Dano e aumento na dimensão Persistência que sugere traços obsessivo-compulsivos e maior dependência de gratificação e Cooperatividade à personalidade dependente (KARWATZ et al., 2003; SVRAKIC et al., 2002).

Portanto, a abordagem utilizada para avaliação e diagnóstico de traços/transtornos de personalidade, dimensional ou categorial, vai influenciar uma maior ou menor probabilidade de doença em determinada população. O ideal seria a possibilidade de complementaridade de ambos os critérios. Para Clark, Livesly e Morey (1997), os dois modelos têm uma relação hierárquica entre eles, em que o

fator dimensional seria constituído pelos blocos nos quais as categorias seriam construídas.

1.5 O modelo de Cloninger e o Inventário de Temperamento e Caráter

A compreensão dinâmica dos fatores de temperamento e caráter é de interesse da psiquiatria contemporânea e traduz a importância dos traços de personalidade na patogênese, patoplastia e no curso dos transtornos psiquiátricos (FASSINO et al., 2004). Nesse sentido, o ITC também tem sido aplicado para a percepção dos traços de personalidade de pacientes com TA e inferências para estudos neuropsicológicos, terapêuticos e prognósticos (BULIK et al., 1998; CLONINGER; SVRAKIC, 1999; FASSINO et al., 2001a).

O ITC é utilizado internacionalmente, incluindo países como Suécia, França, Japão, Espanha (BRÄNDSTRÖM et al., 1998; DE LA RIE et al., 1998; TANAKA et al., 1998; PÉLISSOLO; LÉPINE, 2000) e seu uso mostrou-se útil na avaliação de pacientes com transtornos psiquiátricos, incluindo raros estudos com TA (KLEIFIELD; SUNDAY; HURT, 1993; KLUMP et al., 2000).

Em nosso meio, o ITC foi traduzido e validado por um grupo de pesquisadores do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FUENTES et al., 2000), possibilitando o estudo dos traços de personalidade por meio da abordagem dimensional.

Cloninger e colaboradores (CLONINGER et al., 1993) se propuseram a abordar a personalidade de maneira interativa e não-linear, na qual fatores hereditários de temperamento inicialmente motivassem a aprendizagem de

autoconceitos que modificariam a significância e a saliência dos estímulos aos quais o indivíduo responde (traços de caráter).

Os traços de temperamento foram construídos com base em informações de estudos genéticos e filogenéticos e definidos como diferenças individuais, moderadamente hereditárias, estáveis desde a infância até a idade adulta. Envolve o processo de sensações, associações e emoções que regulam as diferenças individuais associadas aos hábitos. Quanto ao temperamento, seria a porção da personalidade menos mutável e intimamente ligada aos neurotransmissores e às vias neuronais.

Cada um dos fatores do ITC divide-se em subfatores que expressam conceitos particulares, conforme descritos a seguir (SVRAKIC et al., 1993).

Fatores de Temperamento:

- Busca de Novidade (BN) - tendência hereditária de ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos e suscetibilidade comportamental à estimulação ambiental; reflete o comportamento diante de estímulos novos, decisões impulsivas e extravagância.

- Esquiva de Dano (ED) – tendência hereditária a inibir ou cessar comportamentos ante os sinais de estímulos aversivos, a fim de se evitar punição; envolve inibição do comportamento em resposta à punição, comportamentos evitativos (como ter medo da incerteza e timidez em frente de estranhos).

- Dependência de Gratificação (DG) – tendência hereditária a responder de maneira intensa a sinais de recompensa, visando à obtenção de prêmios; esse traço de personalidade versa sobre a resposta à pista social relacionada a recompensas, sentimentalismo, apego social e dependência ou aprovação dos demais.

- Persistência (P) – tendência hereditária a persistir em responder de determinada forma, a despeito de reforços intermitentes; refere-se à manutenção do comportamento, a despeito de frustrações ou fadiga.

Os traços de caráter foram construídos por meio do desenvolvimento de estudos cognitivos, sociais e de personalidade e representam a porção aprendida da personalidade, que se forma mediante as experiências individuais. O caráter, por conseguinte, seria moderadamente influenciado pela aprendizagem social e cultural e envolveria a cognição de processos lógicos, construção, evolução e invenção de símbolos abstratos que regulam as diferenças individuais no processamento de objetivos e de valores (CLONINGER, 1987; CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

O caráter é definido em termos de três aspectos de autoconceito, incluindo a conceitualização (ou identificação) do *self* como indivíduo autônomo (Autodirecionamento), como parte integrante da sociedade (Cooperatividade) e do universo (Autotranscendência) (CLONINGER et al., 1993, 2005).

Fatores de Caráter:

- Autodirecionamento (AD) – identificação de si como um indivíduo autônomo; quantifica os ideais e as concepções que um indivíduo tem em relação a si mesmo; o quanto as pessoas se responsabilizam por seus atos ou culpam as outras pessoas ou circunstâncias externas por isso (responsabilidade x culpabilidade); senso de direção de suas vidas ou dúvidas e incertezas com objetivos em longo prazo (determinação x falta de autodirecionamento); capacidade de resolver, ter iniciativa e identificar oportunidades (desembaraço x apatia) (CLONINGER et al., 2005).

Estudos de Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993) indicam que o Autodirecionamento determina a presença ou a ausência de Transtorno de Personalidade.

- Cooperatividade (C) – identificação de si mesmo como uma parte integrante da sociedade e da humanidade; reflete a concepção de um indivíduo referente à sociedade. Avalia a extensão de como os indivíduos aceitam e toleram as demais pessoas que têm opiniões e comportamentos diferentes dos seus (aceitação social x intolerância), como consideram os sentimentos dos demais comparados aos deles (empatia x desinteresse social); descreve pessoas que gostam de ajudar os outros, distintas daquelas que tentam tirar proveito (sentimento de utilidade x inutilidade). Todas as categorias de TP são associadas com baixa cooperatividade.

- Autotranscendência (AT) – identificação de si mesmo como uma parte integrante da unidade de todas as coisas, de um todo interdependente e reflete o sistema de ideais do indivíduo em relação ao universo e a Deus.

De maneira geral, conforme essa abordagem, os pacientes com TP apresentam traços de evitativos, evidenciados por elevada Esquiva ao Dano, não assumem responsabilidades, caracterizados por diminuído Autodirecionamento e pouco participam como partes integrantes da sociedade e humanidade, com índices menores em Cooperatividade (SVRAKIC et al., 1993).

No entanto, o fato de alguns indivíduos se identificarem como sujeitos autônomos e responsáveis por seus atos, com traço aumentado em Autodirecionamento, também pode indicar TP, pois são indivíduos pouco cooperativos, excessivamente autocentrados, socialmente intolerantes e pouco empáticos (SVRAKIC et al., 1993).

1.5.1 O modelo de Cloninger e a influência do estado de humor nos traços de personalidade

Diferentes estudos (CASPER et al., 1992; CLONINGER et al., 1998; KLEIFIELD et al., 1994a; SRVAKIC; PRZYBECK; CLONINGER et al., 1993) destacam a interferência dos transtornos de humor nos domínios da personalidade e sua influência no quadro clínico e gravidade na apresentação das alterações de personalidade. No TA, a avaliação da personalidade pode ser influenciada pela inanição, dieta caótica ou estado de humor (HALMI et al., 1991).

No modelo dimensional, o traço esquivo ao dano e Autodirecionamento (ITC), são importantes marcadores da vulnerabilidade para o estado de ansiedade e depressão (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 2005, 2006). Com a melhora dos sintomas, verifica-se, também, melhora nestes fatores, o que sugere que estas dimensões são modificáveis e variáveis, ao se avaliar personalidade.

O estudo de Bataglia et al. (1996) contempla como os traços de personalidade podem estar sujeitos ao estado de humor do paciente. Para chegar a essa conclusão, o autor estudou a co-ocorrência de múltiplas síndromes clínicas e os TP e avaliou 164 pacientes psiquiátricos, com idades entre 15 e 72 anos, com diferentes diagnósticos: transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos de personalidade, abuso de substâncias químicas (álcool, drogas, etc.), transtornos alimentares entre outros de Eixo I e comparou-os a um grupo de 36 indivíduos controles composto por empregados do hospital e enfermeiros. Baseando-se na teoria de Cloninger, verificou que estes pacientes apresentavam elevados índices de esquivo ao dano (ITC), com tendência a evitar situações de estresse, com exceção do grupo de abuso, sugerindo que o referido traço fosse um fator predisponente,

bem como consequência do estado clínico ou subclínico da ansiedade/depressão que influenciaria a magnitude dos traços.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral consiste no estudo dos traços de personalidade, segundo o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), em pacientes com anorexia nervosa.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar os traços de temperamento e caráter associados à Anorexia Nervosa, quando comparados aos controles normais.
2. Diferenciar Anorexia Nervosa restritiva e purgativa entre si, nos fatores de temperamento e caráter (ITC) e na comparação ao grupo controle.
3. Relacionar os traços de personalidade aos dados sociodemográficos (etnia e estado civil) e aos aspectos clínicos, como tempo de doença, comorbidades e Índice de Massa Corpórea (IMC).
4. Relacionar os traços de personalidade de pacientes com anorexia nervosa e seus subtipos aos sintomas depressivos avaliados pela escala de Beck.

2.3 Hipóteses experimentais

- a) Pacientes com anorexia nervosa podem ser diferenciados dos controles normais quanto aos traços de personalidade nas dimensões de temperamento e caráter. Evidenciariam menor impulsividade, tendendo a evitar situações novas, sendo persistentes e não se responsabilizariam por seus atos.
- b) Pacientes anoréxicas com sintomatologia purgativa apresentam perfil de personalidade diferenciado dos pacientes com comportamento restritivo, principalmente nas dimensões Busca de Novidade e Persistência.
- c) Maior tempo de doença, baixo peso e existência de outros diagnósticos e comorbidades de eixo I e II podem contribuir para alterações nos diferentes traços de personalidade desta população.
- d) Pacientes com anorexia nervosa sofrem influência, principalmente, nos traços de personalidade Esquiva ao Dano e Autodirecionamento em decorrência de sintomas depressivos, quando comparados ao grupo controle.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada revisão de literatura de estudos que utilizaram o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) de Cloninger et al. (1993) na avaliação de pacientes com AN. A revisão foi feita por intermédio da pesquisa de artigos publicados até 2007, nos bancos de dados Medline, Lilacs, PsycInfo, Scielo, utilizando as palavras-chave: “anorexia nervosa”, “TCI”, “Cloninger”, “temperament”, “character”. Foi realizada, também, procura nas principais revistas que abordam assuntos relativos a transtornos alimentares (International Journal Eating Disorder, Eating Behaviors, Eat Weight Disorder) e por referência de relevância nos artigos pesquisados. Em 1987, Cloninger desenvolveu o Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ), instrumento dimensional que tinha como objetivo investigar traços de personalidade, aliando aspectos comportamentais ao sistema neurobiológico envolvido.

O primeiro estudo em TA, utilizando o TPQ, foi realizado por Waller e colaboradores (1993) com pacientes bulímicos. Posteriormente, Brewerton e outros autores (1993) aplicaram o inventário em pacientes com AN e BN e verificaram que todos os subtipos de TAs apresentavam tendência elevada à esquiva ao dano. Na sequência, Kleifield et al. (1994b) subdividiram o grupo de AN em restritivo e purgativo e evidenciaram que os pacientes restritivos apresentavam menor índice de busca de novidades, enquanto os pacientes com AN e BN mostravam elevada Esquiva ao Dano e Dependência de Gratificação.

Os estudos que se referem à utilização do ITC na Anorexia Nervosa se iniciaram em 1994, com a publicação de Sohlberg e Strober (1994) “Personality in Anorexia Nervosa: An update and a theoretical integration”, em que os autores abordam a importância da personalidade na etiologia da AN e integram, em sua

análise, técnicas psicométricas, entrevistas e investigações projetivas. Sohlberg e Strober (1994) sugerem a abordagem de Cloninger, Svrakic, Przybeck (1993) e seu instrumento de avaliação de personalidade para a compreensão da personalidade nos moldes dimensionais de temperamento e caráter e referem que pacientes anoréxicos podem ser indivíduos com diminuída Busca de Novidades, mas elevada Esquiva ao Dano e Dependência de Gratificação – I TC.

Para elucidar as principais diferenças psicopatológicas entre os TAs, Fassino et al. (2001b) realizaram um estudo com o ITC, cuja amostra incluiu 50 pacientes do sexo feminino, com idades de 16 a 32 anos, e 15 do sexo masculino com AN, cujas idades que variavam de 18 a 31 anos para homens e compararam ao grupo controle constituído por 58 universitárias de enfermagem (15 a 34 anos) e 28 soldados do exército (18 a 32 anos). Ambos os grupos apresentavam comorbidade com diferentes transtornos do eixo II. O grupo de mulheres pacientes apresentou diferenças significativas nos traços de temperamento: Busca de Novidade (diminuído), Esquiva ao Dano (elevada) e Persistência (elevada), quando comparado ao grupo controle; porém quando comparados a mulheres com AN aos seus pares masculinos com AN, os autores verificaram que as mulheres apresentavam menor Busca de Novidade, aumentada Esquiva ao Dano e Dependência de Gratificação. A Cooperatividade foi menor nos homens. O achado de elevada Esquiva ao Dano no grupo de pacientes com AN em relação aos controles dá suporte à teoria de que pacientes com AN tendem a reprimir comportamentos, sofrer por antecipação, além de apresentarem dificuldade para adaptar-se às mudanças. Como foi proposto por Bulik e demais autores (1995b), o traço Esquiva ao Dano aumentado (temperamento - ITC) é um importante marcador de pacientes crônicos.

Fassino et al. (2002b) diferenciaram os traços de temperamento e caráter no ITC de pacientes com AN e BN. A amostra foi composta por 70 pacientes com AN e 102 com BN. Os pacientes com AN apresentaram diminuída Busca de Novidade, elevada Esquiva ao Dano (particularmente a preocupação antecipatória e fadigabilidade), elevada Persistência e diminuído Autodirecionamento. Nos pacientes com BN evidenciou-se aumento na Busca de Novidade e Esquiva ao Dano (particularmente a preocupação antecipatória) e diminuído Autodirecionamento e Cooperatividade (particularmente em empatia).

Os traços, elevada Esquiva ao Dano e diminuído Autodirecionamento, podem ser tomados como base para o espectro dos TAs, além do maior tempo de doença influenciar esses resultados (Tomotake e Ohomori, 2002).

Em outros estudos que utilizaram o ITC na AN (DIÁZ-MARSÁ et al., 1999; DIÁZ-MARSÁ et al., 2000; KARWATZ et al., 2003; KLUMP et al., 2000; SOHLBERG; STROBER, 1994), ficou evidente que alguns traços, a exemplo da Dependência de Gratificação (ITC - temperamento), ainda não são bem esclarecidos quanto à sua intensidade. Alguns demonstraram que os pacientes anoréxicos eram caracterizados por não responderem de maneira intensa aos sinais de recompensa (Dependência de Gratificação (BREWERTON; HAND; BISHOP, 1993; BULIK et al., 1995b; CLONINGER; PRZYBECK; SVRAKIC, 1993; DIÁZ-MARSÁ, et al., 2000; FASSINO et al., 2001b; FASSINO et al., 2002a; KLUMP et al. 2000), porém, em outros (BULIK et al., 1995a; SOHLBERG; STROBER, 1994), este traço era mais intenso.

Com relação ao traço Autodirecionamento (ITC), se encontra diminuído em todos os TAs e em outros transtornos psiquiátricos, porém em diferentes graus (DIÁZ-MARSÁ et al. 2000; FASSINO et al., 2001b, FASSINO et al., 2002a), o que denota baixa auto-estima, falha na autocrítica, dificuldade em assumir

responsabilidades e identificar objetivos, sugerindo imaturidade (BULIK et al., 1999; CLONINGER; SVRAKIC, 1999; KLUMP et al., 2000).

Karwatz et al. (2003) avaliaram as relações entre TP e modelos de traços de personalidade em mulheres com AN. Pacientes com ou sem TP diferem quanto ao perfil de temperamento e caráter. A presença de algum TP está associada à maior Esquiva ao Dano e ao menor Autodirecionamento, bem como tendência à menor Busca de Novidade - ITC. Além disso, os autores ressaltam que nem a depressão nem o IMC influenciaram esses resultados. Importa esclarecer que, neste estudo, não foram consideradas as diferenças entre ANR e ANP.

A personalidade de pacientes com AN é marcada pela constrição de afeto, pobre interação, perfeccionismo, sofrimento por antecipação, tentativa em evitar situações de estresse, resistência a mudanças, persistência em seus objetivos e dificuldade em assumir responsabilidades (SOHLBERG e STROBER, 1994).

Nas dimensões do ITC, tais traços são traduzidos pela diminuída Busca de Novidade e Cooperatividade, tendência à Esquiva ao Dano e Persistência (BLOKS et al., 2004; DIÁZ-MARSÁ et al., 1999, DIÁZ-MARSÁ et al., 2000; FASSINO et al., 2001b; KARWUTZ et al., 2003). Tais dimensões implicam no desenvolvimento e manutenção do TA (WONDERLICH, 2005).

3.1 Anorexia Nervosa: tipo purgativo e restritivo e as dimensões de Personalidade

Na literatura, os estudos que utilizam o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) como base para investigação dos traços de personalidade não são uniformes. Alguns dividem os TAs em três grupos: AN purgativa (ANP), AN restritiva (ANR) e bulimia nervosa (BN) (DIÁZ-MARSÁ et al., 1999, DIAZ-MARSÁ et al., 2000; FASSINO, 2001B; KLUMP et al., 2000; NAGATA et al., 2003), enquanto outros mantêm somente duas principais categorias - AN e BN (BREWERTON et al., 1993; KLEIFIELD et al., 1994a, KLEIFIELD et al., 1994b; SOHLBERG e STROBER, 1994)

Quando à subdivisão dos pacientes restritivos e purgativos com AN, consideram-se as diferenças em medidas fisiológicas e comportamentais, além de permitirem diferenciações e refinamento na avaliação dos tipos de personalidade (CLAUDINO; BORGES, 2002; GARFINKEL; MOLDOFSKY; GARNER, 1980; SOHLBERG e STROBER, 1994). Os pacientes com ANR são os que mais se diferenciam nos estudos, seja com relação aos controles, seja com relação à ANP.

O tipo restritivo é caracterizado por traços de ineficiência, organização excessiva, persistência, tendência ao autocontrole (CASPER; HEDEKER; MCCLOUGH, 1992) e pelo menos um traço de personalidade que reflete rigidez na infância e traços obsessivos (ANDERLUH et al., 2003).

Nas escalas de temperamento do ITC, estes pacientes apresentam traços de ansiedade, persistência e perfeccionismo; quanto ao caráter, são intolerantes, ineficientes e críticos (KLUMP et al., 2000). Estes traços podem ser interpretados, se considerarmos os elevados índices de Persistência (ITC) e Esquiva ao Dano (ITC)

em oposição à impulsividade com diminuída Busca de Novidade (ITC) (FASSINO et al., 2004).

As personalidades de agrupamento C, principalmente a evitativa e a dependente, são comuns em pacientes restritivos; nas dimensões do ITC, esses traços são evidenciados pela tendência à Esquiva ao Dano, Persistência (BREWERTON; HAND; BISHOP, 1993; DÍAZ-MARSÁ et al., 2000; KLEIFIELD, 1994b; KLUMP et al., 2000) e diminuída Busca de Novidade (DÍAZ-MARSÁ et al., 1999, DÍAZ-MARSÁ et al., 2000; KARWATZ et al., 2003). Para Karwatz et al. (2003), pacientes com TP anancástico caracterizaram-se por elevados traços em Persistência (ITC), enquanto que pacientes com TP dependente apresentaram traços elevados em Dependência de Gratificação e diminuídos em Cooperatividade.

As características clínicas de pacientes com ANP apresentaram resultados mais próximos aos obtidos com pacientes com Bulimia Nervosa, isto é, geralmente são pacientes mais velhos e com maior tempo de doença (VERVAET; HEERINGEN; AUDENAERT, 2004), apresentam comportamento impulsivo, incluindo roubo, abuso de drogas, tentativas de suicídio, automutilação, labilidade de humor (GARFINKEL; MOLDOFSKY; GARNER, 1980) e maior risco para desenvolver TP, evidenciando menor escore para Autodirecionamento, quando comparados aos restritivos (KLUMP et al., 2000).

Diáz-Marsá et al. (2000) avaliaram 72 pacientes, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV (25 ANR, 17 ANP e 30 BN e 30 controles normais), em busca de correlações com os transtornos de personalidade (TP). Destes pacientes, 61,8% apresentaram critérios para algum TP, os pacientes com ANR preenchiam critérios para o TP evitativo (25%) e TP obsessivo-compulsivo (20%); na ANP constam com maior frequência TP borderline (37,7%) e TP histriônico (28,6%). De

forma geral, todos os pacientes caracterizaram-se por baixos níveis de autodirecionamento.

Klump et al. (2000) compararam diferenças dimensionais em pacientes com AN e o ITC, segundo os critérios do DSM-IV. A amostra foi composta por 146 mulheres com AN restritiva (ANR), 117 com AN purgativa (ANP), 60 bulímicas (B) e 827 controles. Pacientes com AN apresentaram elevados traços em esquiva ao dano e menor em cooperatividade quando comparados aos controles. O traço busca de novidades em pacientes com ANR e ANP apresentaram baixos índices com relação aos controles e bulímicos. Pacientes com ANR apresentaram maior persistência e diminuído autodirecionamento, enquanto os pacientes com ANP apresentaram maior esquiva ao dano. Na amostra de pacientes com AN, foram encontrados índices elevados de Dependência de Gratificação com relação aos controles. No referido estudo foi observado o IMC, o qual não influenciou os resultados da análise de personalidade, porém, não foi observada a influência de comorbidades ou sintomas depressivos.

Outro estudo que divide os TAs em restritivo e purgativo é o de Fassino em colaboração com outros autores (2001b), com 135 pacientes ambulatoriais, 50 com ANR, 40 com ANP e 45 com BN. Pacientes com BN apresentaram tendência à Busca de Novidades maior do que os com ANR; na escala Esquiva ao Dano, todos os grupos de TAs demonstraram índices elevados, quando comparados ao grupo controle. Em Autodirecionamento, todos os TAs apresentaram índices menores que os controles e, em Cooperatividade, os pacientes com ANR e BN evidenciaram escores menores que os controles e os pacientes com ANP, escore significativamente maior do que BN.

Para estes autores, o fator Persistência (ITC) aumentado, associado ao traço Autodirecionamento (ITC) diminuído, constitui a considerada díade temperamento e caráter na ANR, na qual se evidenciam traços obsessivos, como os rituais para o corpo e alimentação, além da dificuldade em estabelecer metas e responsabilizar-se por elas. O traço Autodirecionamento mostrou-se comprometido nos pacientes do grupo restritivo comparado ao grupo purgativo (KLUMP et al., 2000), porém tal resultado não foi confirmado pelos demais estudos (DIÁZ-MARSÁ et al., 2000, FASSINO et al., 2002a).

Críticas na literatura com relação à metodologia utilizada nos trabalhos de investigação de personalidade e TAs acontecem por causa da pouca uniformidade do método (SKODOL et al., 1993), seja no tipo de entrevista (estruturada ou não), nos instrumentos utilizados, na escolha da amostra, seja na divisão diagnóstica de pacientes em AN, ANP, ANR (BREWERTON et al., 1993; DIÁZ-MARSÁ et al., 1999; KLEIFIELD et al., 1994a, KLEIFIELD, 1994b). No uso do ITC, alguns autores citam as nuances e os resultados nas subdimensões, outros fornecem apenas os fatores dimensionais totais; quanto aos limites do instrumento (ITC), considera-se que a auto-administração pode fornecer medidas relativamente parciais, em virtude da influência da ansiedade, da depressão, do estado nutricional e do insight limitado (FASSINO et al., 2004).

Na tabela a seguir, constam os fatores de Temperamento do ITC observados nos diferentes estudos de AN.

Tabela 2 - Resumo dos principais estudos que utilizaram o ITC – Fatores de temperamento

Busca de Novidade (BN)	<p>ANR - ↓ BN comparados ao grupo controle ou outros TAs (Kleifield, 1994b e Klump et al, 2000).</p> <p>ANR - ↓ BN comparados aos pacientes bulímicos (Brewerton et al, 1993; Bulik, 1999; Casper, 1990; Fassino, 2002b).</p> <p>ANR e ANP - ↓BN (Vervaet, Heeringen, Audenaert, 2004).</p> <p>ANP - ↑ BN (Klump et al, 2000, Fassino 2002a, Fassino 2001c).</p>
Esquiva ao Dano (ED)	<p>ANR e ANP - ↑ ED caracterizado pela preocupação antecipatória e fadigabilidade (Brewerton et al, 1993; Casper, 1990; Díaz-Marsá, 1999; Díaz-Marsá, 2000; Fassino, 2001b; Fassino, 2002 b; Kleifield, 1994b; Klump et al, 2000).</p>
Dependência de Gratificação (DG)	<p>AN - ↑ DG (Bulik et al., 1995b; Klump et al. 2000; Sohlberg; Strober 1994).</p> <p>AN - ↓ DG (Brewerton et al, 1993; Cloninger et al, 1994; Fassino, 2001b; Fassino, 2002; Klump et al, 2000).</p>
Persistência (P)	<p>ANR - ↑ P comparado ao grupo controle (Fassino, 2001b; Fassino, 2002; Kleifield, 1994b) e ao grupo purgativo (Klump et al, 2000).</p> <p>ANP e ANR - ↑ P (Díaz-Marsá et al., 1999; Díaz-Marsá et al, 2000).</p>

Legenda: ANR - Anorexia Restritiva; ANP – Anorexia Purgativa; BN – Busca de Novidade; ED - Esquiva ao Dano; DG – Dependência de Gratificação; P - Persistência; ↑elevado; ↓diminuído.

Tabela 3 - Resumo dos principais estudos que utilizaram o ITC – Fatores de caráter

<i>Autodirecionamento (AD)</i>	<p>AD ↓ - em todos os estudos com ITC que utilizam grupo controle (Díaz-Marsá, 2000; Fassino, 2001b; Fassino, 2001c; Fassino, 2002; Klump et al, 2000; Vervaet, Heeringen, Audenaert, 2004).</p> <p>ANR - ↓ responsabilidade (AD) e segunda natureza congruente (AD), quando comparadas ao grupo controle (Fassino, 2002).</p>
<i>Cooperatividade (C)</i>	<p>ANR = ↓ C (Díaz-Marsá, 2000; Fassino, 2001c).</p> <p>ANP = ↓ C (Fassino, 2002; Klump et al, 2000; Vervaet, Heeringen, Audenaert, 2004).</p>
<i>Auto-Transcendência (AT)</i>	<p>São limitados os estudos nesta dimensão.</p> <p>ANR = ↓ AT (Klump et al., 2000)</p> <p>ANR = ↑ AT pode representar fator de risco para tentativa de suicídio, devido pensamento mágico e fantasias (Fassino, 2004 e Hoek, Callewaert, Van Furth, 2004).</p> <p>ANP = ↓ AT (Vervaet, Heeringen, Audenaert, 2004).</p>

Legenda: ANR - Anorexia Restritiva; ANP - Anorexia Purgativa; AD - Autodirecionamento; C- Cooperatividade; AT- Auto-Transcendência; ↑elevado
↓diminuído.

3.2 Resultados nos traços de personalidade após melhora do quadro clínico

O conceito de recuperação, melhora clínica e remissão em quadro habitualmente crônico como o da AN oferece dificuldades adicionais de conceituação.

Autores como Fassino et al. (2001a) consideraram pacientes “recuperadas” ou no “pós-tratamento”, após restabelecimento do peso e desempenho, depois dos acompanhamentos médico, psicológico e nutricional ao final de seis meses. Bloks et al. (2004) julgaram seus pacientes recuperados após dois anos e meio do início do tratamento e, de modo distinto, Wagner et al. (2006) consideraram o restabelecimento do paciente após um ano de tratamento. Como se observa, a interpretação desses dados é igualmente difícil, já que alguns autores não explicitam o tempo de reavaliação, apenas indicam o restabelecimento do peso como medida de recuperação em detrimento de outros parâmetros clínicos, psicológicos e familiares (BULIK et al., 2000; KLUMP et al., 2004).

Fassino e outros autores (2001a) compararam a avaliação de personalidade no início e após tratamentos médico, psicológico e nutricional de seus pacientes. Concluíram que aqueles que apresentaram menor “aproveitamento” após tratamento, foram pacientes que tiveram menor Busca de Novidades (ITC) na semana zero, o que sugere que esses pacientes tendem à menor exploração do ambiente, à pobre iniciativa e também são pouco responsivos a mudanças.

Os mesmos autores realizaram em 2002 um estudo comparativo entre pacientes com AN que desistiram de tratamento psicoterápico e aqueles que concluíram o tratamento, utilizando o ITC. Observou-se que desistentes do tratamento apresentaram escore diminuído nos traços Autodirecionamento e

Cooperatividade e foram caracterizados por imaturidade e dificuldade em manifestar sentimentos agressivos (FASSINO, et al.,2002a).

Bloks et al. (2004), em pesquisa sobre a estabilidade dos traços de personalidade de pacientes com AN submetidos a tratamento intensivo, avaliaram a estabilidade dos traços de personalidade e sua relação com a recuperação de pacientes com AN. A amostra foi composta por ANR (35), ANP (37), BN (47) e TANE, e a avaliação foi realizada em quatro etapas: 1- no início do tratamento, 2- ao final do tratamento, 3- após um ano do início do tratamento, 4- após dois anos e meio do início do tratamento. A recuperação foi associada a mudanças nos traços de personalidade, quando comparados ao grupo controle; os pacientes recuperados apresentaram menores desvios nos escores de Esquiva ao Dano e Autodirecionamento (ITC), o que indica que pacientes que iniciaram o tratamento com menores distúrbios de personalidade tiveram melhor prognóstico, e que mudanças na sintomatologia do TA estão associadas a alterações nos traços de personalidade. Esses achados sustentam a idéia de que certos traços de personalidade podem contribuir para o transtorno alimentar.

No estudo dos referidos autores, observou-se que os traços obsessivos, perfeccionismo, pensamentos inflexíveis, introversão social, inibição e evitação persistem, mesmo após tratamento ou restabelecimento do peso após os dois anos e meio de tratamento, e sugere-se que tais traços de personalidade são característicos da AN e não produtos da desnutrição.

A constatação de traços alterados nas dimensões de temperamento, em Esquiva ao Dano (ITC), mesmo após recuperação do peso e sintomatologia depressiva, demonstra uma possível contribuição deste fator na patogênese do transtorno (KLUMP et al., 2004). Além disso, sintomas depressivos, ansiosos e

obsessivo-compulsivos são persistentes mesmo depois de um ano de tratamento, sugerindo a presença de traços e não estados no transtorno alimentar (WAGNER et al., 2006).

De maneira geral, os estudos apontam diminuídos escores nos traços de caráter definidos como Autodirecionamento e Cooperatividade (ITC) sendo preditores de pobre prognóstico, mau funcionamento social e aumentado risco de recaídas (BLOKS et al., 2004; FASSINO et al., 2002b; VITOUSEK; MANKE, 1994). A tendência em inibir comportamentos, Esquiva ao Dano (elevada), está associada às desistências no tratamento, predisposição para o pessimismo ou depressão severa (BULIK et al., 2000; KLUMP et al., 2000; STROBER, 1983). Geralmente, os pacientes que desistem do tratamento são descritos como imaturos e têm dificuldade de manifestar sentimentos agressivos (FASSINO, et al., 2002a).

Pacientes que apresentaram menores índices nos traços de Esquiva ao Dano e maiores em Autodirecionamento, Dependência de Gratificação (BLOKS et al., 2004) e Cooperatividade (BULIK et al., 2000) foram aqueles que tiveram melhor prognóstico ao final do tratamento.

De fato, uma diminuição no traço Autodirecionamento e aumento no de Esquiva ao Dano (aumentado) foram correlatados como traços patológicos de personalidade e refletem alterações do humor e ansiedade. Esses achados sustentam a noção de que distúrbios de personalidade em pacientes com TA são exageros de certos traços de personalidade, resultando em dieta caótica e precário comportamento alimentar (BLOKS et al., 2004).

Após apresentar tais dados, ainda é possível dizer que são inconclusivos os estudos que comparam traços de personalidade no pré e pós-tratamento (CASPER, 1990; KLIENFELD, 1994b; KLUMP et al., 2004), e muitos resultados podem ser

efeito da diminuição da sintomatologia alimentar e do tratamento intensivo aos quais os pacientes são submetidos. Haveria necessidade de trabalhos controlados, porém, por razões éticas, estudos desse porte podem ser difíceis de realizar (BLOKS et al., 2004).

3.3 Justificativa para o estudo

Os recentes avanços na investigação da etiopatogenia dos TAs têm proposto a relação entre traços de personalidade e as desordens desta natureza. Portanto, alguns traços de personalidade podem desempenhar importante papel na patogênese e patoplastia da AN.

No entanto, poucas pesquisas abordam as correlações entre características de personalidade da AN e seus subtipos e sua influência no tratamento e manutenção dos distúrbios alimentares; as medidas de avaliação, geralmente são limitadas, e os comprometimentos metodológicos dificultam melhores elucidações (WONDERLICH et al., 2005).

Com base nos dados de literatura, podemos observar que as alterações de personalidade são freqüentemente associadas aos pacientes com TAs (BORNSTEIN, 2001) e aparentemente mais comuns do que com outros diagnósticos de Eixo I, tornando imprescindíveis medidas de personalidade no estudo desta população (GRILO et al., 2003).

Este trabalho tem como embasamento o modelo teórico de Cloninger (1987), Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993), que evidencia os aspectos dimensionais e propõe a avaliação dos traços de temperamento e caráter, por meio do Inventário de Temperamento e Caráter (ITC). Por isso, não há interesse no diagnóstico de

transtornos de personalidade, mas a observação e a compreensão dos traços de temperamento e caráter como um *continuum* na vida dos pacientes (KLEIFIELD et al., 1994b) como importante indicador de saúde mental (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993).

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Sujeitos

Amostra de pacientes com Anorexia Nervosa: A amostra foi composta por 32 pacientes com AN, do sexo feminino, com 8 anos, no mínimo, de educação formal. Os indivíduos foram selecionados entre os pacientes que buscaram tratamento no Ambulatório de Transtornos Alimentares (Ambulim) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), de fevereiro de 2006 a maio de 2007, e receberam diagnóstico médico de Anorexia Nervosa, baseado no DSM-IV (APA, 1994) e corroborado por dois médicos psiquiatras, sendo um deles sênior.

Após diagnóstico médico, os pacientes preenchiam o protocolo de avaliação, composto pelo termo de consentimento, escala de auto-aplicação para avaliação de sintomas depressivos Inventário de Depressão de Beck (anexo A) e o Inventário de Temperamento e Caráter - ITC (anexo B), explicitados a seguir. Informações como: idade, etnia, estado civil, atividade profissional, tempo de doença, diagnóstico de AN do tipo purgativo ou restritivo, outro diagnóstico de Eixo I, diagnóstico de Eixo II e Índice de Massa Corpórea (IMC), faziam parte da avaliação médica e nutricional inicial.

Amostra de pacientes sem diagnóstico psiquiátrico: A amostra foi constituída de 34 indivíduos, do sexo feminino, com 8 anos, no mínimo de escolaridade e que não preenchiam critérios para diagnóstico psiquiátrico de acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), ou seja, não apresentavam qualquer

prejuízo das funções cognitivas, como lesões cerebrais, nem diagnóstico atual de abuso de álcool e drogas, ou uso de medicamentos sedativos. Os indivíduos foram selecionados na região sudeste do Brasil, particularmente no estado de Minas Gerais, com anúncios locais em três universidades, contemplando os estudantes das áreas de saúde e humanas. O período de seleção foi entre fevereiro de 2006 e Junho de 2007.

Aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Termo de Consentimento

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da FMUSP (protocolo 1245/05 - anexo C) sob o nome “Avaliação do tratamento estruturado cognitivo-construtivista em Anorexia Nervosa”, trabalho no qual esta pesquisa está inserida.

4.2 Critérios de inclusão

1. Pacientes do sexo feminino;
2. Idade entre 18 e 40 anos;
3. Diagnóstico de Anorexia Nervosa, restritiva ou purgativa, segundo critérios do DSM-IV (APA, 1994);
4. Pacientes capazes de compreender e responder aos instrumentos de avaliação, com escolaridade mínima de oito anos;
5. Aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação.

4.3 Critérios de exclusão

1. Indivíduos que estivessem recebendo outro tratamento simultâneo (médico e psicofármaco);
2. Indivíduos que apresentassem quadros psicóticos e cérebro-orgânicos, abuso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e drogas.

4.4 Instrumentos de Avaliação

- **Ficha sóciodemográfica** – composta pela primeira parte (parte A) do protocolo do Ambulim, que inclui, dentre outras informações, dados de identificação, etnia, idade, escolaridade, estado civil e religião (Anexo A).

- **Inventário de Temperamento e Caráter – (ITC)** Temperament and Character Inventory - é composto por 240 questões de autopreenchimento, do tipo “verdadeiro” ou “falso”, desenvolvido por Cloninger, Svrakic e Przybeck (1993), para acessar e quantificar diferenças individuais das dimensões de temperamento e caráter. Cada dimensão compõe-se de subescalas, totalizando 25, sendo 12 de temperamento e 13 de caráter, as quais oferecem medidas quantitativas da personalidade e que são usadas com sucesso em psicologia e psiquiatria (CLONINGER e SVRAKIC, 1997; SVRAKIC et al., 2002).

Estudos psicométricos e neurobiológicos confirmam a confiabilidade do instrumento com a entrevista clínica (CLONINGER, 1987) e a estrutura do modelo de Cloninger (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993). O ITC tem sido utilizado na literatura científica para estudos dos transtornos psiquiátricos, entre eles, os

alimentares, conforme descrito em revisão dos principais artigos na literatura, entre 1999 e 2004 (FASSINO et al., 2004).

O modelo de Cloninger (CLONINGER; SVRAKIC; PRZYBECK, 1993) baseia-se no modelo de personalidade psicobiológico e na divisão da personalidade em dois componentes: *Temperamento* (traços herdados geneticamente) e *Caráter* (diferenças individuais quanto a conceitos a respeito de si mesmo e à percepção dos próprios objetivos e valores).

A personalidade é conceituada como um sistema completo adaptativo, dirigido por múltiplos fatores (internos e externos), que interagem de modo não-linear para, finalmente, produzir o comportamento (SVRAKIC et al., 2002).

O referido modelo é composto por sete fatores e concebe o desenvolvimento da personalidade como sendo um processo epigenético interativo, em que os fatores de temperamento (busca de novidade, esquiva de dano, dependência de prêmio e persistência) inicialmente motivam o desenvolvimento dos fatores de caráter (autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência), que modificam o significado e a saliência dos estímulos percebidos aos quais a pessoa responde. Assim, o temperamento colabora no desenvolvimento do caráter e vice-versa (FUENTES et al., 2000). Esse instrumento foi traduzido e validado para a população brasileira em 2000 por Fuentes e colaboradores (Anexo B).

Tabela 4 - Fatores dimensionais de temperamento e caráter de Cloninger et al.

Fatores de Temperamento	Fatores de Caráter
Busca de Novidade (BN)	Autodirecionamento (AD)
Esquiva de Dano (ED)	Cooperatividade (C)
Dependência de Gratificação (DG)	Autotranscendência (AT)
Persistência (P)	

- **Beck Depression Inventory (BDI)** O inventário de Depressão de Beck foi originalmente criado por Beck et al. (1961), sofreu várias alterações e foi revisado por Beck et al. em 1982. É a medida de auto-avaliação de depressão mais usada em pesquisa e clínica; foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países (GORENSTEIN e ANDRADE, 2000); na população brasileira foi validado por Gorenstein e Andrade (1996).

Consiste numa escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com 4 alternativas, que apontam graus crescentes de sintomas depressivos, com escores de 0 a 3, para uso em população adulta, entre 17 e 80 anos (CUNHA, 2001). De acordo com Beck, Steer e Garbin, (1988), o ponto de corte define se os sintomas depressivos são mínimos (0 a 11 pontos), leves (12 a 19 pontos), moderados (20 a 35 pontos) ou graves (36 a 63) (Anexo C).

4.5 Análise Estatística

Para a análise estatística das diferentes variáveis foram empregados o Test-t, a análise de variância, o coeficiente de correlação linear de Pearson e a análise discriminante (JOHNSON; WICHERN, 1998; MAXWELL; SATAKE; 1997; WINER, 1971).

5 RESULTADOS

5.1 Características Sociodemográficas

A amostra de pacientes com anorexia nervosa foi composta por 32 sujeitos, todos do sexo feminino, com idade média de 23,74 anos (DP 5,52); 81,3 % eram solteiros; 87,5%, de etnia branca; 87,5% tinham uma religião, 87,5% não exerciam uma atividade profissional e apresentavam em média 12,9 anos de escolaridade (DP 2,23).

Tabela 5 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável etnia

Etnia	Frequência	Porcentagem
Branca	28	87,5
Parda	3	9,4
Oriental	1	3,1
Total	32	100,0

Tabela 6 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação a variável idade e anos de escolaridade

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	23,74	5,52	18,00	40,00
Grau de instrução	12,29	2,23	8,00	19,00

Tabela 7 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável estado civil

Estado civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro	26	81,3
Casado	4	12,4
Separado	2	6,3
Total	32	100,0

Tabela 8 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável religião

Religião	Frequência	Porcentagem
Sim	28	87,5
Não	4	12,5
Total	32	100,0

Tabela 9 - Pacientes com Anorexia Nervosa com relação à variável atividade profissional

Em atividade profissional	Frequência	Porcentagem
Sim	4	12,5
Não	28	87,5
Total	32	100,0

A amostra dos controles normais foi composta por 34 indivíduos, todos do sexo feminino, com idade média de 23,59 e 12,52 anos de escolaridade.

A composição do grupo controle, formada por 34 mulheres jovens, idade média de 23,52 anos (DP 5,26) e 12,52 anos (DP 2,17) de escolaridade, teve como objetivo selecionar indivíduos de mesma faixa etária e grau de instrução ao grupo de pacientes com AN, a fim de manter e controlar as semelhanças estatísticas para essa análise.

Tabela 10 - Idade e anos de escolaridade de controle normais

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	23,52	5,26	18,00	37,00
Grau de instrução	12,52	2,17	9,00	17,00

5.2 Características diagnósticas e aspectos clínicos: comorbidades, sintomas depressivos (BDI), tempo de doença e Índice de Massa Corpórea (IMC)

Do total dos 32 pacientes com Anorexia Nervosa (AN), 11 apresentaram critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV (APA, 1994) para Anorexia Nervosa Restritiva (ANR) e 21, para Anorexia Nervosa Purgativa (ANP).

Tabela 11 - Pacientes com Anorexia Nervosa - variável diagnóstico

Diagnóstico	Frequência	Porcentagem
Anorexia Nervosa		
Restritiva	11	34,4
Anorexia Nervosa		
Purgativa	21	65,6
Total	32	100,0

A tabela 12 exibe as comorbidades do Eixo I, diagnosticadas entre os pacientes com AN: o grupo de pacientes apresentou 76% de comorbidade com o transtorno depressivo, e os demais 24% apresentaram diagnóstico de transtorno ansioso ou transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), isolado ou associado à depressão.

Tabela 12 - Pacientes com Anorexia Nervosa - variável Comorbidade de eixo I

Comorbidade de eixo I	Frequência	Porcentagem
Transtorno Depressivo	22	75,9
Transtorno Depressivo e Ansioso	3	10,3
Transtorno Depressivo e TOC	2	6,9
Transtorno Ansioso	1	3,4
TOC	1	3,4
Total	29	100,0

Os escores para sintomas depressivos, avaliados pelo BDI no grupo experimental com AN, apresentaram sintomatologia depressiva com 29,56 pontos e Desvio-Padrão (DP) de 13,15 (mínimo de 3,00 e máximo de 51,00), enquanto o grupo controle apresentou pontuação média pelo BDI de 7,9 pontos com DP 2,5 (mínimo de 3,00 e máximo de 15,00).

O tempo de doença do grupo experimental era de 6,72 anos com DP de 5,62 (mínimo de 3,00 e máximo de 15,00) e o IMC de 15,92 com DP de 1,67 (mínimo de 10,98 e máximo de 18,29). No grupo controle, todos estavam eutróficos com IMC entre 19,5 e 25. Esses resultados podem ser observados em conjunto, na tabela 13.

Tabela 13 - Pacientes com Anorexia Nervosa - sintomas depressivos (BDI), IMC e tempo de doença

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
BDI	29,56	10,36	3,00	51,00
Tempo de doença	6,72	5,62	1,00	26,00
IMC	15,92	1,67	10,98	18,29

Tabela 14 - Controles normais - sintomas depressivos (BDI).

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
BDI	7,94	2,51	3,00	15,00

5.3 Características dos traços de personalidade e sintomas depressivos - BDI de pacientes com AN e controles normais.

Na tabela 15, estão descritas as variáveis relacionadas aos traços de personalidade pelo Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) e os sintomas depressivos – BDI da amostra de pacientes com AN e controles normais. Para tanto foi aplicado o *teste t-independente* e o nível de significância foi de $p < 0,05$. Os resultados obtidos permitem afirmar que o grupo de pacientes com AN e o grupo controle diferem quanto às variáveis: BDI, Esquiva ao Dano e Autodirecionamento (ITC).

Tabela 15 - Variáveis relacionadas ao BDI e traços de personalidade de pacientes com AN e controles normais

Variável	Grupo	Média	DP	Nível descritivo
BDI	Controle	7,94	2,51	0,001
	AN	29,56	10,36	
Busca de Novidade	Controle	18,50	6,11	0,392
	AN	18,94	6,60	
Esquiva ao Dano	Controle	17,71	4,39	0,001
	AN	23,78	6,96	

continua

				conclusão
Dependência de gratificação	Controle	14,91	4,85	0,451
	AN	14,19	2,65	
Persistência	Controle	5,26	1,88	0,972
	AN	5,28	1,92	
Autodirecionamento	Controle	28,79	6,80	0,001
	AN	19,81	8,16	
Cooperatividade	Controle	31,32	7,48	0,091
	AN	28,34	6,56	
Autotranscendência	Controle	17,859	6,34	0,227
	AN	15,94	6,41	

5.4 Características dos traços de personalidade e sintomas depressivos - BDI de pacientes com AN segundo o subtipo – ANP e ANR

Os resultados da avaliação dos traços de personalidade - ITC, o cálculo da Média e o Desvio-Padrão (DP) nas subamostras de pacientes com AN e os resultados do BDI podem ser verificados na tabela 16.

Para comparar preliminarmente o grupo “Restritivo” e “Purgativo” com relação às variáveis relacionadas aos traços de personalidade e sintomas depressivos, utilizamos o *teste t de Student* para amostras não-relacionadas, e o nível de significância foi de $p < 0,05$.

Os pacientes com AN purgativa apresentaram escores de sintomas depressivos (BDI) e maior Busca de Novidade pelo ITC do que o grupo com AN restritiva.

Tabela 16 - Medidas descritivas das variáveis relacionadas aos traços de personalidade e sintomas depressivos – BDI de pacientes com AN e subtipos

Variável	Tipo de anorexia	Média	DP	Nível descritivo
BDI	Restritiva	23,45	10,70	0,013
	Purgativa	32,76	8,82	
Busca de novidades	Restritiva	16,82	6,81	0,049
	Purgativa	21,57	6,01	
Esquiva ao dano	Restritiva	24,27	5,95	0,778
	Purgativa	23,52	7,55	
Dependência de gratificação	Restritiva	13,55	1,75	0,328
	Purgativa	14,52	2,99	
Persistência	Restritiva	5,82	2,09	0,259
	Purgativa	5,00	1,82	
Autodirecionamento	Restritiva	19,36	8,70	0,826
	Purgativa	20,05	8,07	
Cooperatividade	Restritiva	28,91	6,47	0,731
	Purgativa	28,05	6,75	
Autotranscendência	Restritiva	15,09	2,88	0,597
	Purgativa	16,38	7,67	

Na tabela 17, estão descritas as variáveis relacionadas aos traços de personalidade pelo Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) e os sintomas depressivos – BDI da amostra de pacientes com ANP, ANR e controles normais.

Para comparar os grupos “Controle”, “Restritivo” e “Purgativo” com relação às variáveis relacionadas aos traços de personalidade, empregaram-se o modelo de análise de variância com um fator fixo e o método de comparações múltiplas de Bonferroni. Os resultados obtidos permitem afirmar que o grupo de pacientes com ANR, ANP e o grupo controle diferem quanto às variáveis: BDI, esquiva ao dano e autodirecionamento. O nível de significância foi de $p < 0,05$.

Tabela 17 - Medidas descritivas das variáveis relacionadas aos traços de personalidade e sintomas depressivos – BDI de pacientes com ANP, ANR e grupo controle

Variável	Grupo	Média	DP	Nível descritivo
BDI	Controle	7,9	2,5	0,001
	Restritiva	23,5	10,7	
	Purgativa	32,8	8,8	
Busca de Novidades	Controle	18,6	6,1	0,89
	Restritiva	16,8	6,8	
	Purgativa	21,6	6,0	
Esquiva ao Dano	Controle	17,7	4,4	0,001
	Restritiva	24,3	6,0	
	Purgativa	23,5	7,6	
Dependência de Gratificação	Controle	14,9	4,9	0,611
	Restritiva	13,6	1,8	
	Purgativa	14,5	3,0	
Persistência	Controle	5,3	1,9	0,514
	Restritiva	5,8	2,1	
	Purgativa	5,0	1,8	
Autodirecionamento	Controle	28,8	6,8	0,001
	Restritiva	19,4	8,7	
	Purgativa	20,1	8,1	

continua

				conclusão
Cooperatividade	Controle	31,3	7,5	0,230
	Restritiva	28,9	6,5	
	Purgativa	28,1	6,7	
Autotranscendência	Controle	17,9	6,3	0,419
	Restritiva	15,1	2,9	
	Purgativa	16,4	7,7	

As figuras 2 e 3 ilustram as variáveis destacadas na análise estatística quanto aos traços de personalidade de pacientes com ANP, ANR e grupo controle.

Figura 2 – Traço de Personalidade – ITC - Esquiva ao dano de pacientes com AN e controles normais

Figura 3 - Traço de Personalidade – ITC - Autodirecionamento.

5.5 Análise descritiva das variáveis: sintomas depressivos e traços de personalidade, excluindo oito pacientes com sintomas depressivos graves.

Foram excluídos dessa etapa da análise estatística, segundo o BDI, oito pacientes com sintomatologia depressiva grave. Todos os pacientes excluídos faziam parte do grupo de ANP, resultando em uma amostra composta por um total de 13 pacientes com ANP e 11 com ANR, com a finalidade de averiguar se pacientes com sintomatologia depressiva grave interferiam nos resultados do ITC.

Quanto à idade, à escolaridade e aos aspectos clínicos, o grupo experimental apresentou idade média de 21,75 anos (DP 5,00); escolaridade de 11,12 anos (DP 2,23); IMC de 16,03 (DP 1,41); tempo de doença de 4,25 anos (DP 2,54).

Os resultados obtidos permitem afirmar que o grupo de pacientes com AN difere do grupo controle quanto à variável BDI, esquiva ao dano e autodirecionamento, mesmo quando se excluem os pacientes com quadros depressivos mais graves (Tabela 18).

Tabela 18 - Resultados da comparação entre o grupo de pacientes com AN e o grupo controle quanto às variáveis BDI e traços de personalidade, excluindo oito pacientes com sintomas graves

Variável	Grupo	Média	DP	Nível descritivo
BDI	AN	25,87	8,96	0,001
	Controle	7,94	2,51	
Busca de novidades	AN	19,04	6,59	0,789
	Controle	18,59	6,11	
Esquiva ao dano	AN	22,04	6,52	0,005
	Controle	17,71	4,39	
Dependência de gratificação	AN	14,25	2,75	0,513
	Controle	14,91	4,85	
Persistência	AN	5,67	1,71	0,409
	Controle	5,26	1,88	
Autodirecionamento	AN	21,00	8,16	0,001
	Controle	28,79	6,80	

continua

				conclusão
Cooperatividade	AN	28,67	6,43	0,164
	Controle	31,32	7,48	
Autotranscendência	AN	15,75	6,622	0,227
	Controle	17,85	6,34	

Para comparar os grupos “Controle”, “Restritivo” e “Purgativo” com relação às variáveis relacionadas aos traços de personalidade e sintomas depressivos, foram empregados o modelo de análise de variância com um fator fixo e o método de comparações múltiplas de Bonferroni.

É possível afirmar que pacientes com ANR diferem do grupo controle quanto às variáveis BDI, esQUIVA ao dano e autodirecionamento, e o grupo com ANP difere apenas quanto às variáveis BDI e autodirecionamento. O detalhamento dessas diferenças e o nível de significância ($p < 0,05$) encontram-se na seqüência nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19 - Comparação entre os traços de personalidade e o BDI de pacientes com AN e subtipos e os controles normais, excluindo os oito pacientes com sintomas depressivos graves

Variável	Grupo	Média	DP	Mínimo	Máximo
BDI	Controle	7,94	2,51	3,00	15,00
	Restritiva	23,45	10,70	9,00	35,00
	Purgativa	27,92	6,96	7,00	34,00
Busca de Novidade	Controle	18,59	6,11	4,00	30,00
	Restritiva	16,82	6,81	11,00	30,00
	Purgativa	20,92	6,02	13,00	32,00

continua

conclusão					
Esquiva ao Dano	Controle	17,71	4,39	10,00	25,00
	Restritiva	24,27	5,95	14,00	33,00
	Purgativa	20,15	6,61	11,00	32,00
Dependência de Gratificação	Controle	14,91	4,85	6,00	23,00
	Restritiva	13,55	1,75	12,00	16,00
	Purgativa	14,85	3,34	10,00	20,00
Persistência	Controle	5,26	1,88	1,00	8,00
	Restritiva	5,82	2,09	1,00	8,00
	Purgativa	5,54	1,39	3,00	8,00
Autodirecionamento	Controle	28,79	6,79	8,00	40,00
	Restritiva	19,36	8,70	11,00	38,00
	Purgativa	22,38	7,74	10,00	38,00
Cooperatividade	Controle	31,32	7,48	15,00	40,00
	Restritiva	28,91	6,47	17,00	37,00
	Purgativa	28,46	6,65	17,00	37,00
Autotranscendência	Controle	17,85	6,34	4,00	30,00
	Restritiva	15,09	2,88	10,00	18,00
	Purgativa	16,31	8,74	3,00	30,00

Tabela 20 - Resultados da comparação entre o grupo controle e os grupos de ANP e ANR.

Variável	Controle x Restritiva	Controle x Purgativa
BDI	0,001	0,001
Esquiva ao dano	0,002	0,474
Autodirecionamento	0,002	0,031

6 DISCUSSÃO

6.1 Características sociodemográficas

Na população em estudo, o quadro alimentar iniciou-se na adolescência (16,8 anos), são mulheres solteiras com idade média de 23,74 anos, de etnia branca, semelhante à população de outros estudos internacionais (DIAZ-MARSÁ, 2000; KUMPL et al., 2000; FASSINO et al., 2001; FASSINO et al., 2002; VERVAET, 2004). Além disso, se observa a ausência de uma atividade profissional na atualidade, em virtude do acometimento físico e psicológico.

Os sujeitos que fizeram parte da amostra de pacientes com AN e os controles normais apresentaram características sociodemográficas homogêneas entre si e refletem uma população jovem.

Ademais, a composição da amostra de pacientes formada exclusivamente por jovens do sexo feminino pretende minimizar diferenças entre os gêneros e oferecer maior fidedignidade ao estudo.

6.2 Traços de personalidade e sintomas depressivos na amostra de pacientes com AN.

Em nossa amostra, evidenciou-se a elevada ocorrência de comorbidade (praticamente em todos os pacientes) com os transtornos do humor e de ansiedade, resultado condizente com os encontrados na literatura (CORDÁS et al., 1998; HERZOG, 1984; HERZOG et al., 1992; KAPLAN et al., 1997; KARWATZ et al., 2003;

SKODOL et al., 1993; SVRAKIC et al., 1993). Embora seja constante e marcante a presença desses transtornos, os atuais estudos de transtornos alimentares e personalidade nem sempre controlam estas variáveis.

No presente estudo, pacientes com AN, independentemente do subtipo, diferenciam-se dos controles normais, pois apresentam significativa sintomatologia depressiva moderada pelo BDI, a qual reflete elevada comorbidade com outras doenças psiquiátricas e tempo prolongado de doença (média de 6,72 anos – DP 5,62)

Foi constatada a presença expressiva de traços de Esquiva ao Dano (ITC) nos pacientes com AN, o que revela tendência a evitar situações estressantes, com maior preocupação antecipatória, menor tolerância à frustração e fadigabilidade, com necessidade de controle das situações.

Esses traços podem ser encontrados na literatura, caracterizados como compulsivos (Bataglia et al., 1996) e preponderantes na população com AN (BREWERTON et al., 1993; KLEIFIELD et al., 1994; KUMPL et al., 2000; FASSINO et al., 2001; FASSINO et al., 2002; DIAZ-MARSA et al., 2000).

Associada aos traços de Esquiva ao Dano (ITC), observou-se em nossa população uma diferença significativa no fator Autodirecionamento, o que pode corresponder a uma dificuldade em reconhecer-se como um indivíduo autônomo e a uma ineficácia na capacidade de aceitar-se e responsabilizar-se.

Na literatura, o traço de caráter Autodirecionamento do ITC é menor em pacientes com AN do que em controles normais, o que pode ser indicativo de imaturidade emocional, da presença de sintomatologia depressiva e de baixo reconhecimento de si como indivíduo capaz de realizar escolhas para a sua vida

(DIÁZ-MARSÁ, 2000; KUMPL, 2000; FASSINO et al., 2001b; FASSINO et al., 2002b).

O traço Autodirecionamento (ITC) diminuído nos pacientes com AN, em relação ao grupo controle, parece ser um consenso nos estudos que utilizam o ITC em pacientes com AN (KLUMP et al., 2000; FASSINO et al., 2001a; FASSINO et al., 2001b; FASSINO et al., 2002; DIÁZ-MARSÁ, 2000). Karwautz et al. (2003) correlacionam tais achados do ITC à presença de transtornos de personalidade.

No ITC, o traço de personalidade Esquiva ao Dano e Autodirecionamento podem ser importantes marcadores da vulnerabilidade para o desenvolvimento de estados de ansiedade e depressão, segundo estudos de Cloninger, Svrakic, Przybeck (2005, 2006), em população psiquiátrica. Para os autores, a melhora dos sintomas reflete, também, na melhora destes fatores, o que sugere que estas dimensões são modificáveis e variáveis ao se avaliar personalidade.

Em nossa população, verificamos alterações nos dois traços de personalidade (ITC), Esquiva ao Dano e Autodirecionamento, semelhança que ocorreu, provavelmente, por tratar-se de uma população psiquiátrica, com comorbidade, transtornos de humor e ansiedade. No entanto, ao excluirmos de nosso estudo pacientes com sintomatologia depressiva grave, estes dois traços permaneceram alterados, podendo sugerir um padrão mais estável e persistente de personalidade desses pacientes e/ou a influência do transtorno de humor e transtorno ansioso.

Na amostra de pacientes com AN, não encontramos diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo controle com relação ao traço de temperamento Busca de Novidade, que se traduz numa menor impulsividade, com tendência a evitar situações novas (CLONINGER, 1993; SVRAKIC et al., 1993). Na literatura (KLEIFIELD et al., 1994; KLUMP et al., 2000) não há um consenso entre os

estudos sobre este traço, seja ao compará-lo a um grupo controle, seja entre os subtipos de AN.

6.3 Traços de personalidade e sintomas depressivos, segundo os subtipos ANP e ANR

Na literatura científica, há um crescente interesse no estudo da personalidade de pacientes com AN e seus subtipos. Observa-se, ainda, que a subdivisão entre pacientes restritivos e purgativos permite diferenciações e refinamento na avaliação dos tipos de personalidade (CLAUDINO e BORGES, 2002; GARFINKEL; MOLDOFSKY; GARNER, 1980; SOHLBERG e STROBER, 1994).

Embora os dois grupos apresentem, de acordo com o BDI, uma média compatível com sintomas depressivos considerados moderados (ANR de 23,45 e ANP 32,76), os pacientes com ANP exibiram uma diferença expressiva, ou seja, $p < 0,05$.

O traço de temperamento denominado Busca de Novidade do ITC mostrou-se significativo no grupo de pacientes com ANP, sugerindo que tais pacientes apresentavam tendência à extravagância e impulsividade, se comparados a pacientes com padrão restritivo. O resultado encontrado, no entanto, não é um consenso na literatura, uma vez que diferentes estudos como os de Díaz-Marsá et al. (2000) e Vervaet et al. (2004) não encontraram diferenças significativas entre pacientes com padrão purgativo e restritivo, a não ser quando comparados a pacientes com diagnóstico de Bulimia Nervosa.

Em contraste, a amostra de pacientes com ANP estudada por Klump et al. (2000) e Fassino et al. (2002) foi caracterizada como impulsiva, excitável e

intolerante, traços que podem contribuir para o comportamento purgativo além de outros comportamentos impulsivos.

Quanto ao tipo restritivo, se caracteriza por traços de ineficiência, organização excessiva, persistência, tendência ao autocontrole (CASPER; HEDEKER; MCCLOUGH, 1992) e pelo menos um traço de personalidade que reflete rigidez na infância e traços obsessivos (ANDERLUH et al., 2003).

Nos achados de revisão de literatura, como o estudo de Klump et al. (2000), foi observado que os pacientes com ANR apresentavam maior Persistência dentre os subtipos de AN, com o objetivo de evitar mudanças e manter o inadequado comportamento alimentar. No entanto, em nossa amostra não foi possível identificar alterações nesta comparação, apesar da observação clínica, de pacientes pouco impulsivos e persistentes em seus propósitos, como manter o baixo peso, apesar de contrariar orientações da família e da equipe médica.

6.4 Traços de personalidade de AN e seus subtipos e a exclusão de oito pacientes com sintomas depressivos graves

Para melhor observar e descrever os referidos achados, e na tentativa de afastar qualquer possibilidade de influência da sintomatologia depressiva nos traços de personalidade dos pacientes com AN, principalmente nos subfatores esquiva ao dano e autodirecionamento, por se destacarem como importantes marcadores da vulnerabilidade para o desenvolvimento de estados de ansiedade e depressão e por sua variabilidade na avaliação de personalidade, optou-se por excluir oito deles, por mostrarem sintomatologia grave no BDI.

Os pacientes excluídos apresentavam diagnóstico de ANP, eram mais impulsivos e pouco reflexivos, ou seja, com tendência exagerada na busca de novidades.

Com a exclusão de pacientes com sintomatologia depressiva grave, os traços de personalidade que estavam alterados na comparação AN e subtipos com o grupo controle mantiveram-se alterados.

Não foi observada diferença significativa, ao se comparar idade, escolaridade e aspectos clínicos destes pacientes, isto é, tempo de doença e IMC, tampouco se tratava de uma população mais velha ou com sintomas clínicos mais severos e maior tempo de doença. Ao contrário, os traços de personalidade significativos foram os mesmos da amostra sem sintomatologia depressiva grave, ou seja, elevada Esquiva ao Dano e diminuído Autodirecionamento (ITC). Portanto é possível destacar que a sintomatologia depressiva grave não influenciou a análise desta população, o que nos leva a pensar num padrão mais duradouro e estável de personalidade destes pacientes e/ou a influência do transtorno de humor e ansioso, que não foi excluído neste trabalho.

O grupo com ANR apresentou traços elevados em esquiva ao dano, quando comparados aos controles normais, porém ambos os grupos de ANP e ANR apresentaram dificuldade em aceitar-se como são. Cabe ressaltar que o traço esquiva ao dano não se mostrou significativo na comparação controles normais e ANP sem depressão grave, o que, provavelmente, reflete que este grupo apresenta menor preocupação antecipatória, menor incerteza e timidez, se comparado ao grupo dos pacientes com ANR.

As características significativas apresentadas neste trabalho quanto aos traços de personalidade (ITC), a saber, Esquiva ao Dano e Autodirecionamento, a

presença elevada de comorbidade com os transtornos de humor e ansiosos, a presença de sintomatologia depressiva moderada a grave, IMC abaixo do esperado com relação à população saudável (acima de 19,5), podem indicar alterações estruturais de personalidade, influência de outros diagnósticos psiquiátricos e pior prognóstico.

7 CONCLUSÕES

- A população de pacientes com AN foi composta por jovens mulheres de etnia branca, solteiras e que, no momento, não estavam exercendo atividades profissionais, semelhantes às pacientes observadas em estudos da literatura.
- Pacientes com AN diferenciaram-se dos controles normais pela presença de sintomatologia depressiva moderada pelo BDI e comorbidade semelhante a outras populações.
- Confirmou-se a presença de elevados traços de Esquiva ao Dano e diminuído Autodirecionamento (ITC) nos pacientes com AN, quando comparados aos controles normais, mas não foram percebidas diferenças no traço Busca de Novidades, sugerindo uma população com tendência a comportamentos evitativos, ineficiência em identificar-se como um indivíduo autônomo, além de incapacidade de planejar e manter ideais e concepções em relação a si mesmo.
- Houve diferenciação entre os subtipos restritivo e purgativo na dimensão Busca de Novidade, mas não em Persistência, sugerindo um padrão mais impulsivo entre os pacientes com AN purgativa, semelhantes aos apresentados em estudos da literatura.
- A exclusão de pacientes com sintomatologia depressiva grave não interferiu na análise dos resultados dos traços de personalidade, principalmente nos

traços do ITC Esquiva ao Dano e Autodirecionamento, descritos na literatura científica.

8 REFERÊNCIAS*

Aalto-Setälä T, Matrunnen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lonnqvist J. One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychol Med*. 2001; 31:791-801.

American Psychiatric Association. DSM-III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª ed. Washington, D.C.; 1980.

American Psychiatric Association. DSM-III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª ed.rev. Washington, D.C.; 1987.

American Psychiatric Association. DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p.511-20.

American Psychiatric Association. Work Group on Eating Disorders. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders [revision]. *Am J Psychiatry*. 2000; 157:1-39.

Andrade LHSG, Lotufo-Neto F, Gentil-Filho F. Diagnóstico e Classificação em Psiquiatria. In: Louzã-Neto, M.R.; Motta, T.; Wang, Y.P.; Elkis, H. (orgs.) *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

* De acordo com o International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. [acesso 1 ago 2008]. Disponível em: <<http://www.icmje.org/>>.

Andriola WB. Avaliação psicológica no Brasil: Considerações a respeito da formação dos psicólogos e dos instrumentos utilizados. *Psique*. 1996; 6:98-108.

Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult women with eating disorders: Defining a broader eating Disorder phenotype. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 242-7.

Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatria*. 2002; 24(Supl III):29-33.

Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR. Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*. 1996; 37:292-8.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbauch G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych*. 1961; 4:561-71.

Beck AT, Rush J, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988; 8:77-110.

Bloks H, Hoek HW, Callewaert I, Van Furth E. Stability of personality traits in patients who received intensive treatment for a severe eating disorder. *J Nerv Ment Disord.* 2004; 192:129-38.

Bornstein RF. A meta-analysis of dependency-eating disorders relationship: Strength, specificity and temporal stability. *J Psychopathol Behav Assess.* 2001; 23:151-62.

Brändström S, Schelette P, Przybeck TR, Landeberg M, Forsgren T, Sigvardson S. Swedish normative data on personality using the temperament and character inventory. *Compr Psychiatry.* 1998; 39:122-8.

Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med.* 1994; 24:859-67.

Brewerton TD, Hand LD, Bishop Jr ER. The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients. *Int J Eat Disord.* 1993; 14:213-8.

Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR, Carter FA. Temperament, character, and personality disorder in bulimia nervosa. *J Nerv Ment Dis.* 1995a; 183: 593 – 598.

Bulik CM, Sullivan PF, Weltzin TE, Kaye WH. Temperament in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1995b; 17:251-61.

Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR, Carter FA, McIntosh VV. Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 1998;39:206-14.

Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 100:27-32.

Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality and parental bonding. *Int J Eat Disord*. 2000;28:139-47.

Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *Int J Eat Disord*. 2005; 37:2-9.

Casper RC. On the emergence of Bulimia nervosa as a syndrome. *Int J Eat Disord*. 1983; 2:3-16.

Casper RC. Personality feature of woman with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 1990; 52:156-70.

Casper RC, Hedeker D, Mcclough JF. Personality Dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31:830-40.

Cassin SE, Ranson KMV. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol*. 2005; 25:895-916.

Clark LA. Dimensional Approach to personality disorder assessment and diagnosis. In: Cloninger CR, editor. Personality and psychopathology.. Washington, DC American Psychopathology; 2005. p. 219-244.

Clark LA, Livesley WJ, Morey L. Personality disorder assessment: the challenge of construct validity. J Personal Disord. 1997; 11:205-31.

Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(supl.III):7-12.

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Arch Gen Psychiatry. 1987; 44:573-88.

Cloninger RC, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:975-90.

Cloninger CR, Bayon C, Svrkic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamentals states as personality types. J Affect Disord. 1998; 51:21-32.

Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editores. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7ª ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

Cloninger R, Svrakic DM, Bayon C, Przybeck TR. Measurement of psychopathology as variants of personality In: Cloninger CR, editor. Personality and psychopathology. Washington, DC: American Psychopathology; 2005. p.33-66.

Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve –month follow-up of 631 subjects. J Affect Disord. 2006;92:35-44.

Cnattingius S, Hultman CM, Dahl M, Sparén P. Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56:634-8.

Cordás TA, Busse SR. Transtornos Alimentares. In: Louzã Neto MR, Motta T, Wang YP, Elkis H. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas;1995. p.273-82.

CordásTA, Cobelo A, Fleitlich B, Guimarães SBD, Schomer E. Anorexia e bulimia nervosa. O que são? Como ajudar? Um guia de orientação para pais e familiares. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Cordas TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo). 1999; 26:41-7.

Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(Supl III): 3-6.

Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: Philippi ST, Alvarenga M, editores. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri, SP: Manole; 2004. p.39-62.

Costa PT, McCrae RR. The NEO Personality Inventory Manual. Florida: Psychological Assessment Resources; 1985.

Cunha JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. 171p.

De La Rie SM, Duijjeens IJ, Cloninger SR. Temperament, character and personality disorder. J Personal Dis. 1998; 12:362-72.

De Filippo A, Signorini R, Bracale F, Pasanisi F, Contaldo F. Hospital admission and mortality rates in anorexia nervosa: experience from an integrated medical-psychiatric outpatient treatment. Eat Weight Disord. 2000; 5: 211-216.

Díaz Marsá M, Carrasco Perera JL, Prieto López R, Sáiz Ruiz J. El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria.. Actas Esp Psiquiatr. 1999; 27:43-50.

Díaz-Marsá M, Carrasco JL, Sáiz J. A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. J Personal Disord. 2000;14:352-9.

Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrant P. A revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Dif*. 1985; 6:21-29.

Fairburn CG, Doll HA, Welch SL. Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55:425–32.

Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. *Lancet*. 2003; 361:407-16.

Fassino S, Abbate Daga G, Amianto F, Leombruni P, Fornai B, D'Ambrosio G, Rovera GG. Predictors of outcome in anorectic patients after 6 months of multimodal treatment. *Psychother Psychosom*. 2001a; 70:208-11.

Fassino S, Abbate-Daga G, Leombruni P, Amianto F, Rovera G, Rovera GG. Temperament and Character in Italian Men with Anorexia Nervosa: a Controlled Study with the Temperament and Character Inventory. *J Nerv Ment Dis*. 2001b; 189:788-94.

Fassino S, Daga GA, Piero A, Leombruni P, Rovera GG. Anger and personality in eating disorders. *J. Psychosom Res*. 2001c; 51:757-64.

Fassino S, Abbate-Daga G, Pieró A, Rover AA. Dropout from brief psychotherapy in Anorexia nervosa. *Psychoter Psychos*. 2002a; 71:200-6.

Fasino S, Abbate-Daga G, Amianto F, Leombruni P, Boggio S, Rovera GG. Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and character inventory. *Int J Eat Disord*. 2002b; 32:421-5.

Fasino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate-Daga G. Temperament and character in eating disorders: Ten years of studies. *Eat Weight Disord*. 2004; 9:81-90.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger - validação da versão em português. In: Andrade LHSG, Zuardi AW, Gorenstein C, editores. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.363-76.

Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl III):34-8.

Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.239-60.

Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM. The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37:1036-40.

George VA, Erb AF, Harris CL, Casazza K. Psychosocial risk factors for eating disorders in Hispanic females of diverse ethnic background and non-Hispanic females. *Eat Behav*. 2007;8:1-9.

Ghaderi A. Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eat Behav.* 2003; 3:387-96.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res.* 1996; 29:453-7.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da versão em português. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. In: Andrade LHSG, Zuardi AW, Gorenstein C, editores. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.89-96.

Gotestam KG, Eriksen L, Heggstad T, Nielsen S. Prevalence of eating disorders in Norwegian general hospitals 1990-1994: admissions per year and seasonality. *Int Eat Disord.* 1998; 23: 57-64.

Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stour RL, Pagano ME. The natural course of bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *Int J Eat Disord.* 2003; 34:319-30.

Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obes Res.* 1997;5:498-502.

Guzzo RSL, Pinho CCM, Carvalho CFC. Construção da taxonomia brasileira para descritores da personalidade. *Psicol Reflex Crit.* 2002;15 (1):71-75.

Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1991; 48:712-8.

Halmi KA. Eating disorders in females: genetics, pathophysiology and treatment. *J Pediatr Endocr Metab.* 2002; 15:1379-86.

Halmi K. Psychopathology of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord.* 2005a; 37:20-1.

Halvorsen I, Heyerdahl S. Girls with anorexia nervosa as young adults: personality, self-esteem, and life satisfaction. *Int J Eat Disord.* 2006; 39:285-93.

Hathaway SR, Mckinley JC. Inventário Multifásico Minnessota de Personalidade. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada; 1975. 60p.

Hay PJ. The epidemiology of eating disorder behaviours: an Australian community-based survey. *Int J Eat Disord.* 1998; 23:371-82.

Herzog DB. Are anorexic and bulimic patients depressed? *Am J Psychiatry.* 1984; 141:1594-7.

Herzog DB, Keller MB, Lavori P, Kenni JM, Scaks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry.* 1992; 53:147-52.

Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A, Blais MA, Keller MB. Mortality in eating disorders: a descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2000; 28:20-6.

Hoek HH, Van Harten PN, Van Hoeken D, Susser E. Lack of relation between culture and anorexia nervosa: results of an incidence study on Curacao. *N Engl J Med*. 1998; 38:1231-2.

Hoek HW, Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003; 34:383-96.

Hutz CS, Bandeira DR. Tendências contemporâneas no uso de testes: Uma análise da literatura brasileira e internacional. *Psicol Reflex Crit*. 1993. 6: 85-101.

Johnson RA, Wichern DW. *Applied multivariate statistical analysis*. 4^a ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Karwautz A, Troop NA, Rabe-Hesketh S, Collier DA, Treasure JL. Personality Disorders and personality dimensions in Anorexia Nervosa. *J Personal Disord*. 2003; 17:73-85.

Kleifield EI, Sunday SR, Hurt S. Psychometric validation of The Tridimensional Personality Questionnaire: application to subgroups of eating disorders. *Compr. Psychiatry*. 1993; 36:249-53.

Kleifield EI, Sunday SR, Halmi KA. The effects of depression on the TPQ. *Biol Psychiatry*. 1994a; 36:68-70.

Kleifield EI, Sunday S, Hurt S, Halmi KA. The tridimensional personality questionnaire: An exploration of personality traits in eating disorders. *J Psychiatr Res*. 1994b; 28:413-23.

Klump KL, Bulik CM, Pollice C, Halmi KA, Fichter MM, Berretini WH, Delvin B, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Treasure J. Temperament and Character in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Disord*. 2000; 188:559-67.

Klump KL, Strober M, Bulik CM, Thornton L, Johnson C, Delvin B, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Woodside DB, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Keel PK, Berretini WH, Plotnicov K, Pollice C, Lilienfeld LS, Kaye WH. Personality characteristics of women before and after recovery from eating disorder. *Psychol Med*. 2004; 34:1407-18.

Lasegue C. De L'anorexia hysterique. *Arch Gen Med*. 1873;1:385-403.

Lindberg L, Hjern A. Risk Factors for anorexia nervosa: A national cohort study. *Int J Eat Disord*. 2003; 34:397-408.

Loranger AW. Categorical Approaches to Assessment and Diagnosis of Personality Disorders. In: CLONINGER RC, editor. Personality and psychopathology. Washington, DC: American Psychopathology; 2005.

Markey CN. Culture and the development of eating disorders: a tripartite model. *Eat Disord*. 2004; 12:139-56.

McClelland L, CRISP A. Anorexia nervosa and social class. *Int J Eat Disord*. 2001; 29:150-6.

Mitchell JE, Cook-Myers T, Wonderlich SA. Diagnostic criteria for anorexia nervosa: looking ahead to DSM-IV. *Int J Eat Disord*. 2005; 37:95-7.

Morgan MC, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl III):18-23

Moya T, Fleitlich-Bilyk B. Lista de espera para tratamento de transtornos alimentares na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003; 25:259-60.

Moya T. Transtornos Alimentares no pronto-socorro. *Diagn. Tratamento*. 2003; 8:20-30.

Nagata T, Oshima J, Wada A, Yamada H, Iketani T, Kiriike N. Temperament and character of Japanese eating disorder patients. *Compr Psychiatry*. 2003; 44:142-5.

Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças(CID-10): Transtornos Mentais e de Comportamentos. São Paulo: EDUSP; 1996.

Pélissolo A, Lépine JP. Normative data and factor structure of the temperament and character inventory (TCI) in French version. *Psychiatr Res*. 2000; 94:67-76.

Polivy J, Herman PC. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002; 53:187-213

Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensene F. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord*. 2000; 5:52-7.

Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Kellman HD, Doidge N, Davies M. Comorbidity of DSM-III, eating disorders and personality disorders. *Int J Eat Disord*. 1993; 14:408-13.

Sohlberg S, Strober M. Personality in Anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89(suppl 378):1-15.

Strober M. Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician*. 1983; 12:134-8.

Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. Mood states and personality traits. *J Affect Disord*. 1992; 24:217-26.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by seven factor model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993; 50:991-9.

Svrakic NM, Svrakic DM, Cloninger CR. A general quantitative theory of personality development: Fundamentals of a self-organizing psychobiological complex. Dev Psychopathol. 1996; 8:247-72.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106:189-95.

Tanaka E, Sakamoto S, Kijima N, Kitamura T. Different personality between depression and anxiety. J Clin Psychol. 1998; 54:1043-51.

Tavares H. Personalidade, temperamento e caráter. In: Busatto Filho G, organizador. Fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos. São Paulo: Atheneu; 2006. p.191-205.

Tellegen A. Brief manual for the Multidimensional Personality Questionnaire. Unpublished Manuscript. Minneapolis: University of Minnesota; 1982.

Tomatake M, Ohomori T. Personality profiles in patients with eating disorders. J Med Invest. 2002; 49:87-96.

Vervaeke M, Van Heeringen C, Audenaert K. Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. *Compr Psychiatry*. 2004;45:37-43.

Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol*. 1994; 103:137-47.

Wagner A, Barbarich-Marsteller NC, Frank GK, Bailer UF, Wonderlich SA, Crosby RD, Henry SE, Vogel V, Plotnicov K, McConaha C, Kaye WH. Personality traits after recovery from Eating Disorders: Do subtypes Differ ? *Int J Eat Disord*. 2006; 39:276-84.

Waller DA, Gullion CM, Petty F, Hardy BW, Murdock MV, Rush AJ. Tridimensional personality questionnaire and serotonin in bulimia nervosa. *Psychiatry Res*. 1993; 48:9-15.

Watson D, Clark LA, Harkness A. Structures of personality and their relevance to the study of psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1994; 103:18-31.

Widiger TA. Personality disorder dimensional models proposed for DSM-IV. *J Personal Disord*. 1991; 4:386-98.

Willi J, Giacometti G, Limacher B. Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry*. 1990; 147:1514-7.

Winer BJ. Statistical principles in experimental design. 2a ed. Tokyo: McGraw-Hill; 1971.

Wonderlich AS, Swift WJ, Slotnick HB, Goodman S. DSM-III Personality Disorders in eating disorders subtypes. *Int J Eat Disord*. 1990; 9: 607-16.

Wonderlich AS Lilenfeld LR, Riso LP, Engel S, Mitchell JE. Personality and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005; 37:68–71.

9 ANEXOS

ANEXO A – Dados Sociodemográficos

ANAMNESE CLÍNICA – Parte A

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

RG: _____

Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos Sexo: (1) M (2) F

Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Outros

Endereço: _____

Bairro: _____ Fone: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Religião atual:

(1) Católica (2) Protestante (3) Judaica (4) Espírita (5) Ateu (6) Outra

Estado civil:

(1) Casado(a) (2) Solteiro(a) (3) Concubinato (4) Viúvo(a) (5) Separado(a)

Grau de instrução: _____ Profissão atual: _____

Profissão exercida dos últimos 6 meses: _____

1. Quem pediu que você viesse para essa consulta?

- (1) Veio por desejo próprio
- (2) Pais
- (3) Namorado(a)
- (4) Cônjuge
- (5) Irmãos
- (6) Médico
- (7) Psicólogo
- (8) Outros _____

2. Você julga existir algum problema ou dificuldade em seu comportamento alimentar?

- (1) Sim (2) Não

Justifique:

3. Você está envolvida com alguma profissão que requeira de você a manutenção de um certo peso?

- (1) Sim (2) Não Explique: _____

4. Você acredita que algum acontecimento positivo ou negativo da sua vida pessoal influenciou o início de sua doença?

(1) Sim (2) Não

- (1) Morte de pessoa próxima
- (2) Saída de casa
- (3) Doença ou acidente pessoal
- (4) Problemas na escola
- (5) Problemas no trabalho
- (6) Dificuldades sexuais
- (7) Doença ou acidente de familiares
- (8) Problemas amorosos
- (9) Problemas familiares
- (10) Preocupações com a aparência pessoal
- (11) Após período de dieta
- (12) Casamento
- (13) Gravidez
- (14) Mudança de emprego
- (15) Outros: _____

5. Qual é a renda financeira somada de todos os moradores da sua casa?

6. Com quem mora atualmente?

(1) Pais (2) Parentes (3) Amigos (4) Cônjuge (5) Sozinho(a)

7. Índices da moradia (especificar No.)

- () Habitantes
- () Cômodos (quartos, salas e cozinhas excluir banheiros)
- () Banheiros
- () Automóvel de passeio
- () TV a cores
- () Empregada mensalista
- () Aparelho de som
- () Máquina de lavar
- () Vídeo cassete ou DVD
- () Micro-computador
- () Geladeira e/ ou freezer
- () Forno ou microondas

8. Grau de Instrução: ☐

- 1 – analfabeto
- 2 – primário incompleto
- 3 – primário completo
- 4 – ginásio incompleto
- 5 – ginásio completo
- 6 – segundo grau incompleto
- 7 – segundo grau completo
- 8 – superior incompleto
- 9 – superior completo

9. Número de anos de educação forma: ☐ ☐

10. Grau de instrução do pai: ☐

(usar a mesma escala de pontuação da questão “8”)

11. Grau de instrução da mãe: ☐
(usar a mesma escala de pontuação da questão "8")

HISTÓRIA PESO

1. Infância:
- 1.1. Como você percebia sua forma física entre 6 e 12 anos?
- (1) Muito magro(a)
(2) Magro(a)
(3) Normal
(4) Um pouco gordo(a)
(5) Muito gordo(a)
- 1.2. Sua forma física despertava comentários de outras pessoas?
- (1) Não (2) Sim, por ser gordo(a) (3) Sim, por ser magro(a)
- 1.3. Havia alguém em sua família cuja forma física o incomodava?
- (1) Não (2) Sim: (a) Pai (b) Mãe (c) Irmão / irmã (d) Tio / tia (e) Outros
- Justifique: _____
2. Adolescente (12 / 18 anos): Peso máximo: _____ aos _____ anos
Peso mínimo: _____ aos _____ anos
3. Adulto (maior 18 anos): Peso máximo: _____ aos _____ anos
Peso mínimo: _____ aos _____ anos
4. Peso atual: _____ Altura atual: _____
5. Você está satisfeito (a) com seu corpo atual?
- (1) Sim (2) Não Peso desejado: _____
- Por que? Que parte do corpo mais o (a) insatisfaz?
- _____
- _____

ANEXO B – Inventário de Temperamento e Caráter – Cloninger (Temperament and character Inventory; CLONINGER, R.C.; SVRAKIC, M.D, PRZYBECK, R.T, 1993).

Neste encarte você encontrará afirmações que as pessoas usam para descrever suas ações, opiniões, interesses e outros sentimentos pessoais.

Cada afirmação pode ser respondida como VERDADEIRO ou FALSO. Leia as afirmações e decida qual alternativa descreve melhor você. Tente descrever como você NORMALMENTE ou GERALMENTE age e sente e não apenas como você está se sentindo exatamente agora.

Nós pedimos que você preencha este questionário à caneta. Quando você tiver terminado, por favor, devolva o encarte.

COMO RESPONDER O QUESTIONÁRIO

Para responder cada questão, basta fazer NA FOLHA DE RESPOSTAS um círculo ao redor da letra V, que significa VERDADEIRO, ou da letra F, que significa FALSO, no número correspondente à questão.

Leia cada frase com atenção, mas não perca tempo demais para decidir a resposta.

Responda TODAS as questões, mesmo que você não tenha certeza se a resposta melhor é VERDADEIRO ou FALSO.

Lembre-se, não há respostas certas ou erradas – apenas descreva suas opiniões pessoais e sentimentos.

- 1 - Muitas vezes tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.
- 2 - Em geral sou confiante que tudo vai dar certo, mesmo em situações que deixam muitas pessoas preocupadas.
- 3 - Muitas vezes fico profundamente comovido por uma fala delicada ou por uma poesia.
- 4 - Muitas vezes sinto que sou vítima das circunstâncias
- 5 - Geralmente consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim.
- 6 - Acredito que milagres acontecem.
- 7 - Gosto de me vingar de quem me agride.
- 8 - Muitas vezes, quando estou concentrado em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.
- 9 - Frequentemente sinto que minha vida tem pouco objetivo ou significado.
- 10 - Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.

- 11 - Eu provavelmente conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.
- 12 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.
- 13 - Muitas vezes faço as coisas baseado em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.
- 14 - Geralmente faço as coisas à minha maneira — ao contrário de ceder às vontades das outras pessoas.
- 15 - Muitas vezes me sinto tão ligado às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.
- 16 - Em geral não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.
- 17 - Na maioria das situações minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.
- 18 - Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico e famoso, mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.
- 19 - Sou muito mais reservado e controlado do que a maioria das pessoas.
- 20 - Com frequência tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.
- 21 - Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.
- 22 - Tenho menos energia e me canso mais rapidamente do que a maioria das pessoas.
- 23 - Muitas vezes sou chamado de “distraído”, pois fico tão envolvido no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.
- 24 - Raramente me sinto à vontade para escolher o que eu quero fazer.
- 25 - Muitas vezes levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.
- 26 - Na maior parte do tempo eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas) ao contrário de ficar quieto e inativo por algumas horas.
- 27 - Muitas vezes evito encontrar estranhos porque fico inseguro com pessoas que não conheço.
- 28 - Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.
- 29 - Gosto muito mais das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras “novas e melhoradas”.
- 30 - Em geral não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim devido à falta de tempo.

- 31 - Frequentemente faço coisas para ajudar a proteger animais e plantas da extinção.
- 32 - Muitas vezes gostaria de ser mais esperto que todos os outros.
- 33 - Me dá satisfação ver meus inimigos sofrerem.
- 34 - Gosto de ser muito organizado e , sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.
- 35 - É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo porque minha atenção frequentemente se desloca para outras coisas.
- 36 - Pela repetição de certas práticas adquiri bons hábitos que são mais fortes que muitos impulsos momentâneos ou que a persuasão.
- 37 - Em geral sou tão determinado que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.
- 38 - Fico fascinado por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.
- 39 - Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de poder superar.
- 40 - Muitas vezes espero que alguém providencie uma solução para meus problemas.
- 41 - Com frequência gasto dinheiro até “ficar liso” ou então ficar cheio de dívidas.
- 42 - Acho que terei muita sorte no futuro.
- 43 - Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse do que a maioria das pessoas.
- 44 - Não me aborreceria de ficar sozinho o tempo todo.
- 45 - Muitas vezes tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.
- 46 - Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.
- 47 - Em geral tento conseguir o que quero para mim mesmo pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer a todos.
- 48 - Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.
- 49 - Acho que não compreendo muito bem as pessoas.
- 50 - Não é preciso ser desonesto para ter sucesso nos negócios.
- 51 - Algumas vezes me sinto tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.
- 52 - Nas conversas me saio muito melhor ouvindo do que falando.
- 53 - Perco a paciência mais depressa do que a maioria das pessoas.

- 54 - Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido que a maioria das pessoas.
- 55 - Sou mais sentimental que a maioria das pessoas.
- 56 - Pareço ter um “sexto sentido” que algumas vezes me permite saber o que está para acontecer.
- 57 - Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.
- 58 - Minhas atitudes são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.
- 59 - A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.
- 60 - Muitas vezes gostaria de ser mais forte do que todos os outros.
- 61 - Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tomar uma decisão.
- 62 - Sou mais trabalhador do que muita gente.
- 63 - Muitas vezes preciso tirar um cochilo ou um período de descanso extra, pois me canso facilmente.
- 64 - Gosto de ser útil aos outros.
- 65 - Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, eu sempre acho que tudo acabará bem.
- 66 - É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.
- 67 - Em geral fico calmo e seguro em situações que para muitas pessoas representariam perigo físico.
- 68 - Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo.
- 69 - Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.
- 70 - Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.
- 71 - Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar-se elas mesmas.
- 72 - Não consigo ficar com a consciência tranqüila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.
- 73 - As pessoas geralmente me dizem como se sentem.
- 74 - Muitas vezes gostaria de ficar jovem para sempre.
- 75 - Normalmente fico mais aborrecido pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.

- 76 - Algumas vezes me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e no espaço.
- 77 - Algumas vezes sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.
- 78 - Tento ser atencioso aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.
- 79 - Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras rígidas ou regulamentos.
- 80 - Provavelmente ficaria descontraído e seguro ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado que eles não eram cordiais.
- 81 - Normalmente fico mais preocupado que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.
- 82 - Em geral penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.
- 83 - Acho mais importante ser simpático e compreensivo com os outros do que ser prático e racional.
- 84 - Muitas vezes sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.
- 85 - Muitas vezes gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.
- 86 - As pessoas me controlam demais.
- 87 - Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.
- 88 - As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito de minha vida.
- 89 - Frequentemente aprendo muito com as pessoas.
- 90 - A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom em muitas coisas que me ajudam a ser bem sucedido.
- 91 - Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.
- 92 - Preciso de muito descanso extra, de apoio ou de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.
- 93 - Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.
- 94 - Não quero ser mais rico do que todos.
- 95 - Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.
- 96 - Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.

- 97 - Algumas vezes senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior do que qualquer ser humano.
- 98 - Geralmente gosto de ser malvado com quem foi malvado comigo.
- 99 - Tenho reputação de ser muito prático e de não agir pelas emoções.
- 100 - É fácil para mim organizar meus pensamentos enquanto falo com alguém.
- 101 - Muitas vezes reajo tão fortemente à notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.
- 102 - Fico profundamente comovido por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).
- 103 - Normalmente me esforço muito mais do que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor de que sou capaz.
- 104 - Tenho tantos defeitos que não gosto muito de mim.
- 105 - Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo prazo para meus problemas.
- 106 - Muitas vezes não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.
- 107 - Muitas vezes gostaria de poder parar o tempo.
- 108 - Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.
- 109 - Prefiro gastar dinheiro do que economizá-lo
- 110 - Normalmente tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.
- 111 - Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.
- 112 - Se eu ficar embaraçado ou humilhado, supero isso rapidamente.
- 113 - É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas porque fico muito tenso, cansado ou preocupado.
- 114 - Normalmente exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.
- 115 - Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.
- 116 - Acho que percepção extrasensorial (PES, como telepatia ou premonição) é realmente possível.
- 117 - Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.
- 118 - Com frequência fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.

- 119 - Quase sempre estou relaxado e despreocupado, mesmo quando quase todos estão com medo.
- 120 - Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.
- 121 - As circunstâncias muitas vezes me forçam a fazer coisas contra a minha vontade.
- 122 - Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.
- 123 - Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.
- 124 - Eu gostaria mais de ser gentil do que me vingar quando alguém me agride.
- 125 - Muitas vezes fico tão encantado com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado naquilo — é como se eu estivesse “desligado” do tempo e do espaço.
- 126 - Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.
- 127 - Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.
- 128 - Estou satisfeito com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.
- 129 - Muitas vezes me sinto tenso e preocupado em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.
- 130 - Muitas vezes sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.
- 131 - As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.
- 132 - Muitas vezes sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.
- 133 - Em geral é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.
- 134 - Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.
- 135 - Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim — eles são ações espontâneas e automáticas quase que o tempo todo.
- 136 - Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros sabem mais do que eu a respeito de alguma coisa.
- 137 - Em geral tento me imaginar no lugar da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.
- 138 - Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.
- 139 - Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.
- 140 - Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.

- 141 - Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, frequentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.
- 142 - Sinto-me muito confiante e seguro em quase todas as situações sociais.
- 143 - Meus amigos têm dificuldades em saber como me sinto porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.
- 144 - Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.
- 145 - Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.
- 146 - Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.
- 147 - Tenho mais energia e demoro mais a cansar do que a maioria das pessoas.
- 148 - Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.
- 149 - Muitas vezes paro o que estou fazendo porque fico preocupado, mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.
- 150 - Muitas vezes gostaria de ser mais poderoso do que todo mundo.
- 151 - Em geral sou livre para escolher o que vou fazer.
- 152 - Com freqüência fico tão envolvido no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço de onde estou.
- 153 - Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.
- 154 - Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quedas ou voar de asa delta) do que ficar quieto e inativo por algumas horas.
- 155 - Como eu, frequentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.
- 156 - Eu não mudo meu jeito de ser para agradar outras pessoas.
- 157 - Não fico tímido com estranhos de jeito nenhum.
- 158 - Frequentemente cedo aos desejos dos amigos.
- 159 - Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias mas não realmente importantes para mim.
- 160 - Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.
- 161 - Muitas vezes tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.
- 162 - Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valem a pena.

- 163 - Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor — como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.
- 164 - Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.
- 165 - Quase nunca fico tão agitado a ponto de perder o controle.
- 166 - Muitas vezes desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.
- 167 - Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.
- 168 - Na maior parte do tempo perdôo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.
- 169 - As minhas ações são em grande parte determinadas por influências fora do meu controle.
- 170 - Muitas vezes tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.
- 171 - Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.
- 172 - Em geral respeito as opiniões dos outros.
- 173 - Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim que me senti muito entusiasmado e feliz.
- 174 - Me divirto em comprar coisas para mim.
- 175 - Acredito ter eu mesmo experimentado a percepção extrasensorial.
- 176 - Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.
- 177 - Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.
- 178 - De modo geral é tolice promover o sucesso de outras pessoas.
- 179 - Muitas vezes gostaria de poder viver para sempre.
- 180 - Normalmente gosto de ficar indiferente e “desligado” das outras pessoas.
- 181 - É mais provável eu chorar em um filme triste do que a maioria das pessoas.
- 182 - Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente do que a maioria das pessoas.
- 183 - Muitas vezes quebro regras e regulamentos quando acho que posso me safar bem disso.
- 184 - Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos antes que seja capaz de confiar em mim mesmo em diversas situações tentadoras.
- 185 - Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.

- 186 - Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.
- 187 - Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.
- 188 - Em geral tenho sorte em tudo o que tento fazer.
- 189 - Em geral, estou certo de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).
- 190 - Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.
- 191 - Gosto de explorar novas maneiras de fazer as coisas.
- 192 - Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.
- 193 - Os direitos individuais são mais importantes do que as necessidades de qualquer grupo.
- 194 - Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.
- 195 - Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado a tudo o que existe.
- 196 - Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.
- 197 - A maioria das pessoas parecem mais desembaraçadas do que eu.
- 198 - Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.
- 199 - Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.
- 200 - Muitas vezes me sinto como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.
- 201 - Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.
- 202 - Em geral posso ficar ocupado o dia inteiro sem ter que me forçar a isso.
- 203 - Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.
- 204 - Não sou muito bom em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado fazendo algo errado.
- 205 - Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.
- 206 - O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.
- 207 - Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos de longo prazo.

- 208 - Acredito que toda vida depende de algum poder ou ordem espiritual que não pode ser completamente explicada.
- 209 - Acho que eu ficaria confiante e relaxado ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado que eles estão zangados comigo.
- 210 - As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.
- 211 - Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas idéias e atividades.
- 212 - Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.
- 213 - Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.
- 214 - Não quero ser mais admirado do que todos os outros.
- 215 - Muitas vezes quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso — tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.
- 216 - As maiorias das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.
- 217 - Em geral me sinto tenso e preocupado quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.
- 218 - Muitas vezes me esforço ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.
- 219 - Algumas pessoas acham que eu sou muito avarento ou pão-duro com meu dinheiro.
- 220 - Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos ou esperanças.
- 221 - Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.
- 222 - Odeio ver alguém sofrer.
- 223 - Sei o que quero fazer na minha vida.
- 224 - Regularmente levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.
- 225 - As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso.
- 226 - Se estou me sentindo aborrecido, em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho.
- 227 - Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.

- 228 - Muitas vezes as pessoas acham que estou em outro mundo porque fico completamente desligado de tudo que está acontecendo ao meu redor.
- 229 - Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.
- 230 - Menti bastante nesse questionário.
- 231 - Geralmente evito situações sociais onde teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro de que eles serão amigáveis.
- 232 - Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.
- 233 - Em geral encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.
- 234 - As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.
- 235 - A desonestidade só causa problemas se você for apanhado.
- 236 - Em geral me sinto muito mais confiante e com energia que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.
- 237 - Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.
- 238 - Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.
- 239 - Às vezes fico aborrecido.
- 240 - De vez em quando falo das pessoas “por trás”.

FOLHA DE RESPOSTAS

1. V F	50 V F	99 V F	148 V F	197 V F
2. V F	51 V F	100 V F	149 V F	198 V F
3. V F	52 V F	101 V F	150 V F	199 V F
4. V F	53 V F	102 V F	151 V F	200 V F
5. V F	54 V F	103 V F	152 V F	201 V F
6. V F	55 V F	104 V F	153 V F	202 V F
7. V F	56 V F	105 V F	154 V F	203 V F
8. V F	57 V F	106 V F	155 V F	204 V F
9. V F	58 V F	107 V F	156 V F	205 V F
10. V F	59 V F	108 V F	157 V F	206 V F
11. V F	60 V F	109 V F	158 V F	207 V F
12. V F	61 V F	110 V F	159 V F	208 V F
13. V F	62 V F	111 V F	160 V F	209 V F
14. V F	63 V F	112 V F	161 V F	210 V F
15. V F	64 V F	113 V F	162 V F	211 V F
16. V F	65 V F	114 V F	163 V F	212 V F
17. V F	66 V F	115 V F	164 V F	213 V F
18. V F	67 V F	116 V F	165 V F	214 V F
19. V F	68 V F	117 V F	166 V F	215 V F
20. V F	69 V F	118 V F	167 V F	216 V F
21. V F	70 V F	119 V F	168 V F	217 V F
22. V F	71 V F	120 V F	169 V F	218 V F
23. V F	72 V F	121 V F	170 V F	219 V F
24. V F	73 V F	122 V F	171 V F	220 V F
25. V F	74 V F	123 V F	172 V F	221 V F
26. V F	75 V F	124 V F	173 V F	222 V F
27. V F	76 V F	125 V F	174 V F	223 V F
28. V F	77 V F	126 V F	175 V F	224 V F
29. V F	78 V F	127 V F	176 V F	225 V F
30. V F	79 V F	128 V F	177 V F	226 V F
31. V F	80 V F	129 V F	178 V F	227 V F
32. V F	81 V F	130 V F	179 V F	228 V F
33. V F	82 V F	131 V F	180 V F	229 V F
34. V F	83 V F	132 V F	181 V F	230 V F
35. V F	84 V F	133 V F	182 V F	231 V F
36. V F	85 V F	134 V F	183 V F	232 V F
37. V F	86 V F	135 V F	184 V F	233 V F
38. V F	87 V F	136 V F	185 V F	234 V F
39. V F	88 V F	137 V F	186 V F	235 V F
40. V F	89 V F	138 V F	187 V F	236 V F
41. V F	90 V F	139 V F	188 V F	237 V F
42. V F	91 V F	140 V F	189 V F	238 V F
43. V F	92 V F	141 V F	190 V F	239 V F
44. V F	93 V F	142 V F	191 V F	240 V F
45. V F	94 V F	143 V F	192 V F	
46. V F	95 V F	144 V F	193 V F	
47. V F	96 V F	145 V F	194 V F	
48. V F	97 V F	146 V F	195 V F	
49. V F	98 V F	147 V F	196 V F	

ANEXO C – Escala Beck para Depressão (BECK et al., 1961).

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3), próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.

- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.
- 8. 0** Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9. 0** Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10. 0** Não choro mais que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11. 0** Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
- 12. 0** Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13. 0** Tomo decisões tão bem quanto antes.
 - 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
 - 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
- 14. 0** Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
 - 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativos.
 - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Acredito que pareço feio.
- 15. 0** Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 - 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
 - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 - 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.

1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.

2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Absolutamente não tenho mais apetite.

19. 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,0 Kg.

Estou tentando perder peso de propósito comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.

2 Estou muito menos interessado por sexo agora.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “Avaliação do tratamento estruturado cognitivo-construtivista em Anorexia Nervosa”,

PESQUISADOR: Cristiano Nabuco de Abreu

CARGO/FUNÇÃO: Psicólogo

2. UNIDADE DO HCFMUSP: Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

☐ SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa
 2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais
 3. Desconfortos e riscos esperados
 4. Benefícios que poderão ser obtidos
 5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.
-

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
 5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
-

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dr. Táki A. Cordas - Rua Capote Valente, 432 – 3068.0150.

Dr. Rafael Vilanacci – Rua Caiubi, 962 – 3873.0517.

Dr. Cristiano Nabuco de Abreu – Rua Pará, 50 – 3257.8102.

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 2007.

assinatura do sujeito da pesquisa
ou responsável legal

assinatura do pesquisador