ALICIA WEISZ COBELO

**Insatisfação com a imagem corporal e sintomas de
transtorno alimentar, em mães de adolescentes com
transtornos alimentares**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Fisiopatologia
Experimental

Orientadora: Prof. Dra. Patrícia Brunfentrinker
Hochgraf

São Paulo

2008

Para Roberto, Marina, Axel, Martin
e agora, Caio...

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Patrícia Brunfentrinker Hochgraf, por estimular meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Prof. Dr. Taki A. Cordás, que me guiou desde o primeiro momento no caminho dos transtornos alimentares, pelos inúmeros ensinamentos acadêmicos e, sobretudo, pela amizade.

À Prof. Dra. Silvia Brasiliano, pela amizade e confiança a mim dedicadas.

À Ana Paula Gonzaga, Manoela Nicoletti, Vanessa Pinzon, Bacy Bilyk e a todos os membros das equipes de psicologia, médica e de nutrição do PROTAD, pelos inúmeros ensinamentos cotidianos e, especialmente, pela paciência e carinho nestes anos no PROTAD.

À Prof. Dra. Marle Alvarenga, pelo estímulo e pelo suporte emocional da sua amizade.

À Camilla Estima, pela imensurável ajuda em todas as etapas do trabalho e, a Eduardo Nakano, que me guiou no percurso estatístico do estudo.

À Lucia Lisboa, Mônica Santerini, Ana Mesquita, Eliane M. Marraccini, amigas de paciência infinita, que ajudaram e apoiaram sempre.

À Luiza Spessoto coordenadora psico-pedagógica que abriu as portas do colégio e colaborou na constituição do grupo controle de mães.

Às mães do ambulatório e, às mães que participaram do grupo-controle, verdadeiras autoras deste trabalho, pela generosa e valiosa colaboração.

As contradições do corpo

Meu corpo não é meu corpo,
é ilusão de outro ser.
Sabe a arte de esconder-me
e é de tal modo sagaz
que a mim de mim ele oculta

(.....)

Já premido por seu pulso
de inquebrantável rigor,
não sou mais quem dantes era
com volúpia dirigida,
saio a bailar com meu corpo

Carlos Drummond de Andrade

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de tabelas

Lista de ilustrações

Lista de abreviaturas e siglas

1. Introdução.....	Pág. 01
1.1 Transtornos alimentares.....	Pág. 01
1.1.1 Histórico	Pág. 01
1.1.2 Epidemiologia	Pág. 05
1.1.3 Critérios diagnósticos	Pág. 08
1.1.4 Quadro clínico	Pág. 14
1.1.5 Etiopatogenia	Pág. 18
1.1.6 Considerações terapêuticas	Pág. 21
1.2. Imagem corporal.....	Pág. 23
1.2.1 Conceito de imagem corporal	Pág. 23
1.2.2 Distorção, distúrbio e insatisfação com a imagem corporal.....	Pág. 31
1.2.3 Transtornos da imagem corporal nos transtornos alimentares.....	Pág. 36

1.2.4 Instrumentos de avaliação da imagem corporal e de atitudes alimentares.....	Pág. 37
1.3. Família e transtornos alimentares.....	Pág. 40
1.3.1 Abordagem terapêutica familiar.....	Pág. 40
1.3.2 Relação mãe-filha e sua influência na imagem corporal	Pág. 44
2. Justificativa.....	Pág. 53
3. Objetivos.....	Pág. 54
3.1 Objetivo geral.....	Pág. 54
3.2 Objetivos específicos.....	Pág. 54
4. Casuística e Métodos.....	Pág. 55
4.1 Amostra.....	Pág. 56
4.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	Pág. 57
4.3 Instrumentos de coleta de dados.....	Pág. 58
4.4 Análises estatísticas.....	Pág. 60
5. Aspectos éticos.....	Pág. 62

6. Resultados.....	Pág. 63
6.1 Características da amostra.....	Pág. 63
6.2 Insatisfação corporal.....	Pág. 64
6.3 Sintomatologia alimentar.....	Pág. 67
6.4 Correlações.....	Pág. 68
 7. Discussão.....	 Pág. 78
 8. Conclusões.....	 Pág. 92
 9. Referências bibliográficas.....	 Pág. 94
 10. Anexos.....	 Pág.116

RESUMO

Cobelo, AIW. Insatisfação com a imagem corporal e sintomas de transtorno alimentar, em mães de adolescentes com transtornos alimentares. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Nas últimas décadas, a investigação sobre o corpo e a imagem corporal tem adquirido uma importância crescente. Contudo, ainda são poucas as pesquisas internacionais e não se encontram nas investigações nacionais, trabalhos específicos sobre imagem corporal (IC) e estudos sobre a inter-relação da IC com sintomas alimentares nas mães de pacientes adolescentes com transtornos alimentares (TAs).

Objetivo: Avaliar a presença de insatisfação corporal e sintomas de transtorno alimentar nas mães de pacientes adolescentes com TA e comparar a insatisfação corporal, e sintomas de TA entre as mães de adolescentes com TA e mães de adolescentes sem esses transtornos (grupo-controle). **Método:** Foram estudadas 35 mães de pacientes adolescentes do sexo feminino (entre 10 e 17 anos) com TAs, no início do tratamento no Projeto Interdisciplinar de Atendimento, Ensino, e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Para coleta de dados utilizou-se um Questionário Sociodemográfico padronizado; para definir a classe econômica foi utilizado o Questionário Socioeconômico (ANEP); para rastreamento de atitudes alimentares foi empregado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26); e para avaliação de insatisfação corporal foram utilizados o Questionário de Imagem Corporal (BSQ) e Escala de Silhuetas de Stunkard. Os resultados foram comparados com um grupo controle, constituído de 35 mães de adolescentes do sexo feminino (entre 10 e 17 anos) estudantes de um colégio particular da cidade de São Paulo. **Resultados:** Nos 2 grupos não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na insatisfação da IC nem na sintomatologia alimentar. Apresentaram significância as correlações entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e insatisfação corporal e entre o IMC e sintomatologia alimentar. **Conclusões:** Mães com filhas com TAs não apresentaram níveis de insatisfação corporal diferente das encontradas em mães de filhas adolescentes sem TAs. Sugere-se a complementação de escalas que permitam integrar os aspectos perceptivos e subjetivos que fazem parte da estruturação da imagem corporal. Fazer entrevistas individuais com as mães dos pacientes para incluir as mães no tratamento das filhas de forma mais eficaz.

Descritores: 1. Imagem corporal 2. Transtornos da alimentação 3. Relações mãe-filho 4. Adolescente.

ABSTRACT

Cobelo, AIW. Body image dissatisfaction and eating disorder symptoms in mothers of adolescents with eating disorders. Master's dissertation, Universidade de São Paulo Medical School; 2008.

Research on body and body image has gained wider relevance in recent decades. There are few studies in the literature and no Brazilian study on body image targeting the interrelationship between body image and eating symptoms in mothers of eating disorder (ED) adolescent patients. **Objective:** To assess body image dissatisfaction and eating symptoms in mothers of ED female adolescents (case group) and to compare this data with a group of mothers of non-ED adolescents (control group). **Methods:** There were studied 35 mothers of female adolescents (aged 10 to 17 years) diagnosed with eating disorders who attended the Interdisciplinary Project for Care, Teaching and Research on Eating Disorders in Childhood and Adolescence (PROTAD) at Clínicas Hospital Institute of Psychiatry of Universidade de São Paulo Medical School. Socio-demographic data was collected using a PROTAD standard questionnaire. Socioeconomic condition was assessed following the Brazilian Criteria for Economic Classification (ANEP); eating symptoms were assessed using the Eating Attitudes Test (EAT-26); and body image dissatisfaction was assessed through Body Shape Questionnaire (BSQ) and Stunkard Figure Rating Scale (FRS). The results were compared against a control group comprising 35 mothers of female adolescents (aged 10 to 17 years) who attended a private school in the city of São Paulo. **Results:** There were no statistically significant differences of body dissatisfaction and eating symptoms in both groups. Significant correlations were found between body mass index (BMI) and body dissatisfaction, and BMI and eating symptoms. **Conclusions:** Mothers of ED adolescents had the same intensity of body dissatisfaction compared to mother of non-ED adolescents. It is suggested the addition of complementary scales that would enable to integrate perceptive and subjective aspects and components that are involved in body image construction. It is crucial to conduct individual interviews with mothers of patients to more effectively involve them in their daughter's treatment.

Keywords: 1.Body Image 2.Eating Disorders 3. Mother-child Relations 4.Adolescent.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características físicas e sóciodemográficas das mães dos grupos controle e estudo. São Paulo 2008.	Pág. 63
Tabela 2a -Insatisfação da imagem corporal, pelo BSQ ≥ 80 , de mães do grupo-controle e do grupo-estudo. São Paulo, 2008.	Pág. 64
Tabela 2b - Insatisfação da imagem corporal, pelo BSQ ≥ 80 , das mães do grupo-estudo, segundo o diagnóstico das filhas. São Paulo, 2008.	Pág. 65
Tabela 3a -Insatisfação da imagem corporal das mães dos grupos-controle e estudo, pela escala de silhuetas de Stunkard. São Paulo, 2008.	Pág. 66
Tabela 3b - Insatisfação da imagem corporal das mães do grupo-estudo pela escala de silhuetas de Stunkard, segundo o diagnóstico das filhas. São Paulo, 2008.	Pág. 66
Tabela 4a - Sintomatologia alimentar das mães dos grupos controle e estudo medida pelo EAT-26. São Paulo, 2008.	Pág. 67
Tabela 4b - Sintomatologia alimentar das mães dos grupos controle e estudo medida pelo EAT-26 segundo o diagnóstico das filhas. São Paulo, 2008.	Pág. 68
Tabela 5 - Comparação das respostas as perguntas do EAT-26 das mães dos grupos estudo e controle. São Paulo, 2008.	Pág. 76
Tabela 6 - Comparação das respostas as perguntas do BSQ das mães dos grupos estudo e controle. São Paulo, 2008.	Pág. 77

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e BSQ para o grupo-estudo.	Pág.69
Figura 2 - Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e BSQ para o grupo-controle.	Pág.69
Figura 3 - Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e Stunkard para o grupo-estudo.	Pág.70
Figura 4 - Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e Stunkard para o grupo-controle.	Pág.71
Figura 5 - Gráfico com a correlação entre as variáveis BSQ e EAT para o grupo-estudo.	Pág.72
Figura 6 - Gráfico com a correlação entre as variáveis BSQ e EAT para o grupo-controle.	Pág.72
Figura 7 - Gráfico com a correlação entre as variáveis Stunkard e EAT para o grupo-estudo.	Pág.73
Figura 8 - Gráfico com a correlação entre as variáveis Stunkard e EAT para o grupo-controle.	Pág.74
Quadro 1- Comparação das respostas do EAT-26 ≥ 20 , com BSQ, Stunkard e IMC do grupo-estudo.	Pág.88
Quadro 2- Comparação das respostas do EAT-26 ≥ 20 com BSQ, Stunkard e IMC do grupo-controle.	Pág.88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBULIM - Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares

AN - Anorexia Nervosa

ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa

APA - *American Psychiatry Association*

BN - Bulimia Nervosa

BSQ - *Body Shape Questionnaire*

CAPPesp - Comissão de Projetos de Pesquisa

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EAT - *Eating Attitudes Test*

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HC - Hospital das Clínicas

IC - Imagem Corporal

IMC - Índice de Massa Corporal

IPQ - Instituto de Psiquiatria

OMS - Organização Mundial da Saúde

PROTAD - Projeto Interdisciplinar de Atendimento, Ensino e Pesquisa
em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

TA - Transtorno Alimentar

TANE - Transtorno Alimentar Não Especificado

TDC - Transtorno Dismórfico Corporal

TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo

1 - INTRODUÇÃO

1.1 Transtornos alimentares

1.1.1 Histórico

Os transtornos alimentares, em particular a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, são transtornos psiquiátricos que podem ocasionar graves prejuízos clínicos e psicológicos, que afetam predominantemente adolescentes e adultos jovens (APA, 1994).

A anorexia nervosa, embora seja por vezes chamada de “mal do século XX”, não é uma entidade nova. Dos séculos V ao XVI, encontram-se diferentes descrições de jovens que jejuavam, condutas consideradas como determinadas por motivação religiosa ou possessão demoníaca e que tinham como destino a canonização ou a fogueira (“*anorexia mirabilis*”) (Rovira, 1990; Labanca, 1995; Silverman, 1997). Dos séculos XVI ao XVIII, ainda que estas condutas continuassem no contexto religioso, os médicos (ou o que correspondia a isso na época) começaram a descrever algumas características clínicas, tais como duração dos jejuns, quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos e práticas utilizadas para jejuar.

Em 1694, o inglês Richard Morton fez o primeiro relato de dois casos que chamou de “consumpção nervosa”. Morton descreveu uma jovem adolescente de 18 anos com sintomas característicos de anorexia nervosa, tais como jejum, hiperatividade e amenorréia e o de um adolescente de 16 anos, que fora levado ao campo, para que os pais pudessem lhe oferecer uma dieta de “leite e ar fresco” (Silverman, 1997; Robb, 2001). O relato além do pioneirismo tem a particularidade de descrever um rapaz com a doença, o que ainda é incomum.

A partir do século XIX, elabora-se dentro do modelo médico o conceito de anorexia nervosa e as jovens jejuadoras passam a ser vistas como doentes que necessitam de tratamento. O quadro de anorexia nervosa começa a ser estudado de forma mais profunda e sistemática, a partir de duas publicações quase simultâneas. Na Inglaterra, Sir William Gull, em 1874, chama a nova entidade clínica de Apepsia Histórica e, posteriormente, de Anorexia Nervosa, rejeitando o termo ‘histórica’ (derivado do termo grego útero) e assim, abrindo a possibilidade de que esta doença pudesse existir também nos homens (Silverman, 1997; Weinberg, 2004).

No mesmo ano, do outro lado do canal da Mancha, Charles Lasègue, na França, inclui a anorexia nervosa no terreno da ciência médica. A partir desse momento, esta condição clínica deixa,

portanto, de ser assunto divino e passa a ser de domínio psíquico (terreno considerado mais difícil, na época).

É possível afirmar, sem grande risco, que sempre houve mulheres anoréxicas, mas pode-se dizer que elas só existiram a partir do momento que foram inscritas num discurso, o de Lasègue, que constituiu um acontecimento no campo da medicina (Raimbault; Eliacheff, 1991).

Lentamente, a anorexia nervosa passa a ser vista como uma entidade autônoma, bem individualizada e com características psicopatológicas próprias. Séculos depois, investigações como as de Hilde Bruch (Bruch, 1973; Bruch, 1978) contribuíram para a melhor descrição e caracterização do quadro, conceituando-o como enfermidade independente, na qual há uma intrincada interação de fatores psicológicos e somáticos. Segundo a autora, de inspiração psicanalítica, a anorexia nervosa representaria a luta da paciente pela autonomia, controle e auto-estima.

Algo semelhante ao conceito atual de bulimia nervosa já era descrito na antigüidade, com o relato de episódios de descontrole alimentar com grandes quantidades de comida. A própria palavra bulimia tem uma história muito antiga, sendo derivada do grego *bou*-grande ou *boul*-boi e limos-fome, designando assim um apetite tão grande, que seria possível a um homem comer um boi (Russell, 1997). Entre os egípcios, os gregos e os romanos é possível encontrar descrições de indivíduos que induziam o vômito,

por acreditar que isso poderia fazer bem ao corpo, purificando-o, ou apenas para continuar comendo mais (Russell, 1997).

Cordás (1993) relata que no antigo Egito, parte do Papiro de Eber é dedicada ao estímulo e às virtudes de vomitar. O autor cita que, segundo Heródoto, os egípcios vomitavam e usavam purgativos todo mês, por três dias consecutivos, julgando que “todas as doenças dos homens são oriundas da comida”. Purgantes também eram populares na Idade Média e, juntamente com os medicamentos para induzir o vômito, dominaram o arsenal terapêutico por muitos anos, sendo tudo o que um médico podia prescrever na época.

No começo do século XX, psiquiatras de diferentes países já descreviam casos de bulimia como: “síndrome do caos alimentar”, “obsessão da vergonha do corpo”, ou “bulimarexia” (Cordás, 1998). O primeiro caso, bem documentado, a sugerir a bulimia nervosa como uma síndrome independente, foi o relatado por Ludwig Binswanger em 1944 e descreve uma paciente, Ellen West, em quem foram observadas estratégias para perder peso, episódios de comer compulsivo e vômitos auto-induzidos (Binswanger, 1945).

A primeira descrição sistemática do transtorno com seus critérios diagnósticos, contudo, surgiu somente em 1979, quando o Professor Gerald Russell do Instituto de Psiquiatria de Londres

publicou o trabalho: “*Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*”. Esses critérios vão, futuramente, fazer parte das classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais nas suas versões III (DSM-III-R) e IV (DSM-IV) (APA, 1994).

Russell (1979), ao anexar ao termo bulimia à palavra *nervosa*, assinalou a diferença entre o comportamento presente na antigüidade e a síndrome atual, apontando sua relação clínica e etiológica com a anorexia nervosa (Abuchaim, 1998).

1.1.2 Epidemiologia

Os dados epidemiológicos, apontando a incidência e a prevalência dos transtornos alimentares (TAs), variam muito dependendo da população estudada e dos métodos diagnósticos utilizados.

Recentes estudos americanos apontam o aumento de incidência dos TAs nos últimos anos, sendo sua prevalência anual para adultos estimada entre 0,5% a 3,7% (APA, 1994; APA, 2006). Estas taxas podem ser ainda mais elevadas se forem consideradas as síndromes parciais, ou seja, os quadros que não cumprem todos os critérios diagnósticos, como por exemplo, ausência de amenorréia ou uma menor frequência de episódios bulímicos, exigidos na caracterização da síndrome completa (Klein & Walsh, 2004).

Na medida em que os TAs não constituem um grupo homogêneo e ao incluir as formas sub-clínicas, as taxas específicas variam de acordo com o quadro e o critério utilizado. Por exemplo, para anorexia nervosa (AN), as taxas de prevalência variam de 0,2% a 0,5% na população feminina (Hsu, 1996), embora alguns estudos mais recentes possam chegar a índices de 3,7 % (APA, 2006) ou até 4,7% (Currin et al., 2005). Já para bulimia nervosa (BN), a prevalência entre mulheres varia de 2% a 3% (Hsu, 1996), com alguns estudos atuais mostrando algo entre 4,2% (APA, 2000) e 6,6% (Currin et al., 2005).

Os TAs são mais freqüentes no sexo feminino, com uma razão estimada para homem-mulher entre 1:6 a 1:10 (APA, 2006) , embora estudos mais recentes apontem para um discreto estreitamento desta diferença com o aumento da incidência em jovens do sexo masculino (Gil et al., 2005).

Nos Estados Unidos, os TAs variam conforme os grupos étnicos, parecendo ser mais prevalentes em adolescentes hispânicas e em mulheres americanas brancas e menos comuns em afro-americanas e asiáticas (APA, 2006). Altas taxas de TAs são também encontradas em certas atividades ou profissões, onde os baixos índices de gordura corporal e peso são considerados vantajosos ou obrigatórios. Entre estas atividades estão bailarinas, modelos e

esportistas de algumas modalidades, que têm sido considerados grupos de risco para estas doenças (Klein & Walsh, 2004).

Poucos estudos epidemiológicos têm como foco crianças e adolescentes, em parte porque não existem escalas nem critérios diagnósticos específicos para TAs nessa faixa etária (Doyle & Bryant-Waugh, 2000). Os estudos atuais apontam que em crianças e adolescentes, a prevalência dos TAs tem aparentemente aumentado, com mudanças no que diz respeito à idade de início, mostrando-se cada vez mais precoce (Rosen, 2003).

Estudos na população americana, quando relacionados à faixa etária, apontam taxas de AN de 0,3 % para meninas entre 12 a 21 anos (Gual et al., 2002) e para BN 0,7% para adolescentes, sendo 0,2% em meninos e 1,1% em meninas (Ledoux et al., 1991). Na Escandinávia, um estudo realizado com adolescentes de 14 e 15 anos, encontrou 0,7% de meninas e 0,2% de meninos com AN, e 1,2% de meninas e 0,4% de meninos com BN (Kjelsas et al., 2004).

Uma diferença importante em relação aos adultos é que, em crianças e adolescentes, o número de pacientes do sexo masculino é proporcionalmente maior. Hawley (1985), num estudo realizado com 21 crianças de até 13 anos, com AN, observou uma porcentagem de 19% de meninos. Em 1986, Jacobs & Isaacs verificaram uma proporção de 2,3 meninas para cada menino, em

um grupo de crianças pré-puberais com AN, em comparação com o dado de 1:19 (menino, menina) de um grupo de pós-púberes.

1.1.3 Critérios diagnósticos

Os critérios diagnósticos atualmente utilizados para AN, segundo a classificação do DSM-IV (APA, 1994), são:

A- Recusa em manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal, adequado à idade e à altura (por exemplo, perda do peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado);

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- Amenorréia, nas mulheres pós-menarca, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorréia, se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno).

Considerada a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial da Saúde (CID-10 - OMS, 1993) para AN, encontramos os seguintes critérios:

- A- Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso; o peso corporal é mantido pelo menos 15% abaixo do esperado;
- B- A perda de peso é auto-induzida;
- C- Há uma distorção da imagem corporal, na forma de uma psicopatologia específica como um pavor de engordar;
- D- Um transtorno endócrino envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado nas mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais.

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), dependendo do método empregado para perda de peso, os pacientes com AN podem ser classificados em dois subtipos:

- Restritivo: durante o episódio atual de AN, o indivíduo não se envolve regularmente em um comportamento de comer compulsivamente, ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas);
- Compulsão Periódica/Purgativa: durante o episódio atual de AN, o indivíduo envolve-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).

Os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1994) para BN são os seguintes:

A- Episódios recorrentes de compulsão periódica (*binges*)

caracterizados pelos seguintes aspectos:

- Comer em um intervalo pequeno de tempo (até 2 horas), uma quantidade de comida muito maior do que o normal;
- Sensação de perda de controle da quantidade de comida a ser ingerida;

B- Comportamento compensatório e recorrente, para prevenir o ganho de peso (vômitos, laxativos, diuréticos, enemas, medicações, jejuns, exercício excessivo);

C- Compulsão periódica (*binges*) e os comportamentos compensatórios ocorrem em média duas vezes por semana, por três meses;

D- A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal;

E- O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de AN

Se considerarmos a CID-10 (OMS, 1993), os critérios diagnósticos para bulimia nervosa são:

A- Episódios recorrentes de ingestão excessiva (pelos menos duas vezes por semana, por três meses), quando uma grande quantidade de comida é ingerida em um curto intervalo de tempo;

B- Preocupação persistente com o comer e um desejo intenso ou compulsão para comer;

C- Tentativa de compensação dos efeitos “calóricos” da comida por um (ou mais) dos seguintes comportamentos:

- Vômitos auto-induzidos;
- Purgativos;
- Períodos alternados de jejum;
- Uso de drogas, como supressores do apetite, preparações com hormônios tireoideanos, diuréticos; em diabéticos pode haver uma negligência com o uso da insulina;

D - Auto-imagem de sobrepeso, com medo intrusivo de obesidade (geralmente gerando peso abaixo do normal).

Segundo os critérios do DSM-IV (APA, 1994), podemos encontrar dois subtipos de BN:

-Purgativo: durante o episódio atual de BN, o indivíduo envolve-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas;

-Sem purgação: durante o episódio atual de BN, o indivíduo usa outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolve regularmente na auto-

indução de vômitos, ou no uso indevido de laxantes, diuréticos, ou enemas.

Um terceiro quadro descrito pelo DSM-IV (APA, 1994) é o Transtorno Alimentar sem outra especificação ou Não Especificado (TANE), que constitui uma categoria residual para TAs, que não satisfazem os critérios para uma síndrome completa, como descrita a seguir:

A- Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para AN, exceto que as menstruações são regulares;

B- São satisfeitos todos os critérios para AN, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal;

C- São satisfeitos todos os critérios para BN, exceto que, a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana, ou por menos de 3 meses;

D- Uso regular de um comportamento compensatório inadequado, por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento;

E- Mastigar e cuspir repetidamente pequenas quantidades de alimento sem engolir.

Com pacientes crianças e/ou adolescentes, o diagnóstico de TA apresenta algumas peculiaridades, na medida em que estes quadros não estão contemplados nas suas especificidades nos

manuais mais usuais de diagnóstico psiquiátrico, como o DSM-IV (APA, 1994) e a CID-10 (OMS, 1993).

Uma classificação francesa de transtornos mentais para crianças e adolescentes (CFTMEA-R-2000, 2004) apresenta algumas considerações, como a perda de peso e um comportamento direcionado para esta finalidade, sendo que outros sintomas podem estar ausentes, como a amenorréia ou o medo mórbido de engordar. Nesta linha, Rosen (2003) afirma que, em pré-púberes, a distorção da imagem corporal praticamente não aparece, ou a amenorréia pode ser algo irrelevante.

A ausência de ciclo menstrual no começo da puberdade ou a irregularidade das menstruações são tão freqüentes, logo após a menarca, que fazem com que o critério do DSM-IV (APA, 1994) exigindo a presença de amenorréia em pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, aplicado para as pacientes adultas, não seja tão utilizado para as pacientes adolescentes (Society for Adolescent Medicine, 1995).

O peso e a altura das crianças sofrem alterações permanentes, assim, o não ganho de peso é tão significativo quanto a perda. Neste sentido, ao avaliar-se um paciente desta faixa etária, o Índice de Massa Corporal (IMC) não poder ser utilizado isoladamente, devendo ser associado ao percentil correspondente à idade (Society for Adolescent Medicine, 1995).

Os índices pôndero-estaturais (gráficos com as relações idade-peso, idade-altura e peso-altura), prévios ao quadro alimentar, são considerados os parâmetros normais de crescimento de determinado indivíduo. A alteração decrescente dessas medidas indica falha do crescimento (Bryant-Waugh & Lask, 2000). Assim, por exemplo, em meninas entre 10 e 18 anos, o referente ao percentil 50, vai de 15,9 a 19,4 kg/m². Isto significa que adolescentes jovens, abaixo dos 15 anos, podem estar em perfeito estado nutricional, e mesmo assim, apresentarem IMC inferior a 17,5 kg/m² (o índice considerado saudável para adultos é a partir de 19,0 kg/m²) (Moya, 2004).

Cabe ressaltar que, além da falta de critérios consistentes, as dificuldades diagnósticas desta faixa etária são maiores, dada a escassez de estudos em larga escala e porque muitas crianças e adolescentes não apresentam quadros de TA e sim, de transtornos de alimentação da primeira infância (Pica, Transtorno de Ruminação) por vezes difíceis de diferenciar.

1.1.4 Quadro clínico

Os pacientes com TA apresentam características clínicas comuns, como o medo de engordar e a preocupação excessiva com o corpo, peso e alimentação, embora cada transtorno apresente suas especificidades.

A AN é um transtorno do comportamento alimentar caracterizado por intensa perda de peso, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual, com início, freqüentemente na adolescência entre 13 e 17 anos. No entanto, relatos de inícios pré-puberais e mesmo após os 40 anos, já não são raros. (Walsh & Garner, 1997).

A perda de peso sempre está associada com a redução de ingestão de alimentos. Essa dieta restritiva costuma ter, como fator desencadeante, alguma situação estressante, como uma perda afetiva, mudanças, separações, entre outras. O paciente começa excluindo da sua dieta, os alimentos que ele percebe como altamente calóricos, até resumi-la a poucas folhas de alface ou a um gomo de laranja. Além disso, há outros métodos para perder peso, tais como: vômitos, aumento excessivo de exercícios físicos, abuso de laxantes e/ou diuréticos e anfetaminas (Walsh & Garner, 1997).

Estes comportamentos acarretam complicações clínicas, sendo que, em casos severos, a possibilidade de morrer por desnutrição ou por desequilíbrio eletrolítico é relativamente freqüente. Alguns estudos sugerem que a taxa de mortalidade na AN pode variar de 0,5% a 1% ao ano, sendo a única doença psiquiátrica que leva à morte em função direta do seu quadro clínico (Treasure & Szmukler, 1995; APA, 2000).

As complicações mais comuns decorrentes da AN podem ser agrupadas em:

- 1- Alterações na função do sistema nervoso central: apatia, diminuição da concentração, humor deprimido e irritável;
 - 2- Alterações na temperatura corporal: diminuição da tolerância ao frio e hipotermia;
 - 3- Alterações na função circulatória e respiratória: bradicardia, arritmias, hipotensão, edema periférico;
 - 4- Alterações hematológicas: anemia, alterações da coagulação;
 - 5- Alterações endocrinológicas: hipotireoidismo, hipoestrogenismo;
 - 6- Alterações na função reprodutora e sexual: amenorréia, infertilidade, retardo da maturação sexual e diminuição da libido;
 - 7- Alterações na pele e anexos: pele seca, cabelo fino e quebradiço, lanugo (pelugem fina no tronco, braços, pernas e face);
 - 8- Alterações ósteo-musculares: osteoporose, fraqueza muscular.
- (APA, 2000; Hochgraf, 2003; APA 2006).

Na BN, embora haja igualmente uma preocupação com a forma e o peso corporal, não há perda de peso acentuada. Suas características principais são os episódios recorrentes de compulsão alimentar e a utilização de comportamentos compensatórios inadequados, com a finalidade de controlar o peso (APA, 1994).

O episódio bulímico pode ser definido como a ingestão de quantidades exageradas de alimentos, num período curto de tempo, geralmente associado, a uma percepção subjetiva de falta de controle desse comportamento (Fairburn, 1998). Para os episódios bulímicos, os comportamentos compensatórios mais freqüentemente utilizados são: auto-indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, utilização indevida de medicamentos anorexígenos, ou fortes restrições alimentares, jejuns e exercícios físicos exagerados (Fairburn, 1998).

As complicações decorrentes da BN podem ser agrupadas em:

- 1 - Alterações na função circulatória e respiratória: bradicardia ou arritmias cardíacas;
- 2 - Alterações nas funções gastrintestinais: aumento da glândula parótida, refluxo gastro-esofágico, esofagite, sangramento ou ruptura esofágica, gastrites;
- 3 - Alterações na função reprodutora e sexual: irregularidades menstruais, ou amenorréia de causas indefinidas;
- 4- Alterações metabólicas: hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipopotasemia;
- 5 - Alterações na pele e anexos: cicatrizes ou calos no dorso das mãos (sinal de Russell);
- 6 - Alterações dentárias: perda do esmalte dentário, dentes com aparência serrilhada.

(APA, 2000; Hochgraf, 2003; APA 2006).

Os TAs na infância e na adolescência freqüentemente apresentam quadros clínicos atípicos se comparados a pacientes adultos. Por exemplo, mesmo em casos graves de restrição, as crianças e/ou os adolescentes não excluem sorvetes, bolachas recheadas ou batatas fritas. O uso de laxantes é pouco freqüente e são raros os sintomas bulímicos (Angel, 2003; Rosen, 2003; Pinzon et al. 2004).

As conseqüências clínicas dos TAs nesta faixa etária assemelham-se às encontradas nos pacientes adultos, com algumas diferenças importantes, como atraso puberal e no desenvolvimento de caracteres sexuais secundários. O estudo ósseo pode evidenciar atraso na idade óssea e no decorrer da doença, a osteopenia (em meses) e a osteoporose (em anos) são comuns, problemas que geralmente são revertidos com a recuperação do peso (Angel, 2003).

É importante notar, entretanto, que crianças em desenvolvimento podem apresentar algumas complicações irreversíveis, particularmente em relação ao crescimento, o que pode levar a prejuízos na estatura final (Bryant-Waugh & Lask, 2000).

1.1.5 Etiopatogenia

Há um sólido consenso de que não há uma única causa para os TA: fatores genéticos, psicológicos, individuais, familiares e

socioculturais interagem entre si, tanto no desencadeamento, quanto na manutenção desses quadros (Treasure, 2003).

- Fatores biológicos: Treasure (2003) observou que, entre familiares dos pacientes com TA, existe um incremento de prevalência de AN e BN entre sete e doze vezes superior ao da população geral. Embora os estudos disponíveis até o momento sugiram a presença de fatores biológicos no aparecimento dos TA, os dados ainda não são conclusivos. Estudo realizado na Suécia, com gêmeos, indicou uma taxa maior de concordância na AN em gêmeos monozigóticos, do que nos gêmeos dizigóticos (Bulik et al., 2006). Outra investigação, também com gêmeos, apontou que o perfeccionismo pré-mórbido pode ser considerado como um traço de vulnerabilidade herdado (Treasure & Holland, 1995). Esses aspectos de personalidade, prévios à doença e de provável etiologia genética, têm incrementado os estudos sobre os endofenótipos. Outros fatores biológicos incluiriam uma disfunção em centros hipotalâmicos reguladores de funções básicas, como o comer e a reprodução, por imaturidade ou alteração funcional causados por diferentes motivos, como por exemplo, fatores desencadeadores de estresse (Klein & Walsh, 2004).

- Fatores psicológicos: Hilde Bruch (Bruch, 1973; Bruch, 1978), em suas pioneiras investigações sobre as questões dinâmicas na AN, descreve a distorção da imagem corporal e as disfunções perceptivas do corpo, como precursoras dos TAs . Também menciona que podem

existir alterações precoces na relação mãe e filha, onde as necessidades da última não encontrariam resposta adequada na primeira, o que provocaria sensações de perplexidade, inafetividade e desamparo, com deficiência na formação da identidade corporal.

- Fatores familiares: a maior parte dos investigadores concorda que a família do indivíduo com TA pode apresentar algumas interações disfuncionais. O antecedente mais comum é um funcionamento desarmônico, com alterações afetivas nos pais, que expõe o filho a um alto grau de instabilidade emocional. Há um déficit na função de sustentação, o que facilitaria o aparecimento do TA, que se constituiria em um organizador familiar (Selvini-Palazzoli, 1999). É bom ressaltar, entretanto, que não há evidências claras de que estas características sejam causais na AN ou na BN, podendo representar conseqüências de sua evolução, visto que os dados são retrospectivos. Os trabalhos atuais sobre as influências familiares nos TA mencionam, contudo, que é mais provável que o fator familiar atue como fator de manutenção do transtorno (Le Grange, 2005).

- Fatores socioculturais: a mudança do padrão de gordura como símbolo de saúde e beleza, para a estética da magreza, claramente relaciona-se com a popularização das dietas e das inúmeras manobras para se manter a forma, principalmente entre as mulheres jovens (Morgan & Azevedo, 1998). De qualquer forma, é imprescindível pensar-se que os fatores sociais atingem a população como um todo e

somente poucos indivíduos desenvolvem TA. Sendo assim, esses fatores, embora possam ser fatores relevantes, devem necessariamente estar apoiados em fatores psicológicos, familiares e biológicos, para poder constituir-se como precipitantes da AN e da BN (Morgan & Azevedo, 1998).

1.1.6 Considerações terapêuticas

O tratamento dos TAs é fundamentalmente multidisciplinar, baseado na etiologia multidimensional da AN e da BN. Um programa de atendimento integrado tem sido considerado como uma das mais eficazes e abrangentes formas de tratar esses quadros, possibilitando o manejo de suas múltiplas facetas (APA, 2000; Lask & Bryant-Waugh, 2000; Lock et al., 2001).

A maioria dos autores concorda com a necessidade de diferenciar dois momentos no tratamento, especialmente nos casos de AN. Na primeira fase, o objetivo é a recuperação do peso até valores normais, assim como a normalização dos hábitos alimentares. Na segunda fase, o tratamento está dirigido para a manutenção do peso, a abordagem dos fatores psicológicos e a prevenção de recaídas (Aranda & Gil, 1998).

A principal modalidade de tratamento é ambulatorial, com equipes multidisciplinares geralmente compostas por diferentes

profissionais. Os médicos psiquiatras têm como função principal diagnosticar o TA, bem como outras co-morbidades psiquiátricas associadas e tratá-las. Com esta finalidade, geralmente utiliza-se terapêutica farmacológica. Também fazem parte da equipe, psicólogos que atuam através de intervenções individuais ou grupais, terapeutas, familiares e nutricionistas (APA, 2000).

Falhas no tratamento ambulatorial, complicações clínicas ou possíveis tentativas de suicídio podem levar à hospitalização. Nestes casos, o tratamento terá além dos objetivos comuns às pacientes com AN e BN, ou seja, a recuperação do peso e a normalização dos hábitos alimentares, outras metas específicas, de acordo com os motivos da internação (APA, 2000).

No tratamento dos TA na infância e adolescência, a maioria dos programas de atendimento tem como um dos focos principais imediatos, a recuperação do peso, pois nesta faixa etária, as consequências sobre o futuro crescimento e sobre a densidade da massa óssea podem ser muito graves (Cooke & Sawyer, 2004). Embora, tal qual com os adultos, o tratamento também seja realizado com equipes multidisciplinares, é quase consensual que, com crianças e adolescentes, a ênfase mais importante deve ser na abordagem familiar (Lock et al., 2001). Este tema será discutido com mais detalhamento no tópico 1.3.

1.2 Imagem corporal

1.2.1 Conceito de imagem corporal

Nas últimas décadas, a investigação sobre o corpo e a imagem corporal (IC) tem adquirido uma importância crescente.

No período 1998-1999, foram encontrados 662 artigos e, uma década antes, entre 1993 e 1994, 546 artigos sobre IC. Em uma revisão das pesquisas realizada por Heinberg & Thompson (2006) foram encontrados 824 artigos quando foi usada a palavra chave *imagem corporal*. Os autores mencionam que este importante crescimento no número de estudos mostra o aumento do interesse da comunidade científica na investigação deste assunto.

Trabalhos publicados antes de 1990 abordavam a questão do corpo, através do estudo do esquema corporal realizado pela neurologia, onde um mecanismo neuronal coordena postura e movimento corporal (Vandereycken & Probst, 2003).

No campo psicanalítico, Dolto (1984) define que o esquema corporal especifica o indivíduo enquanto representante da espécie, quaisquer que sejam o lugar, a época ou as condições nas quais ele vive. O esquema corporal é intérprete da imagem do corpo, permitindo a objetivação de uma subjetividade. Estrutura-se pela aprendizagem e experiência, e é, em parte, inconsciente, em parte, consciente. Se o esquema corporal é, em princípio, o mesmo para todos os indivíduos, a

imagem corporal é peculiar a cada um, porque está ligada ao sujeito e à sua história (Dolto, 1984).

A definição clássica de Schilder, de IC, embora date de 1950, ainda é utilizada atualmente. Segundo este autor, a imagem corporal é: “A figura que formamos do tamanho do nosso corpo na nossa mente e nossos sentimentos, com relação ao tamanho e à forma do nosso corpo e das suas partes constituintes”.

Assim, a IC não seria somente uma construção cognitiva, mas algo permeado de desejos, emoções e de interação com o mundo externo.

Paul Schilder ultrapassou as perspectivas neurológicas em sua análise da experiência corporal. No seu trabalho, percebeu que as distorções corporais ligadas à doença cerebral precisavam ser analisadas também, desde o ponto de vista psicológico. Neste sentido, foi o primeiro autor a instituir uma abordagem multidimensional ao fenômeno, incluindo a psicanálise e a sociologia no contexto orgânico da estruturação da IC (Castilho, 1999). Segundo Schilder (1950): “Quando percebemos ou imaginamos um objeto, não agimos meramente como um aparelho perceptivo. Existe sempre uma personalidade que experimenta a percepção”. Sob esta perspectiva, a IC relaciona-se com as autopercepções e atitudes, incluindo os pensamentos, as crenças, os sentimentos e os comportamentos (Cash & Deagle, 1997).

Cash e Pruzinsky (1990) descrevem importantes características da estruturação da IC:

a) a imagem corporal compõe-se de percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e sobre a experiência corporal;

Percepções: ao longo do desenvolvimento e dentro de um marco cultural são construídas imagens da forma ou do tamanho de vários aspectos do corpo;

Cognições: pensamentos, crenças e auto-affirmações sobre o corpo e as experiências corporais;

Emoções: experiências de conforto/desconforto, de satisfação ou insatisfação, associadas com a aparência, ou com a experiência corporal;

b) o desenvolvimento da imagem corporal é paralelo ao desenvolvimento evolutivo e cultural da pessoa;

c) a imagem corporal não é um construto estático; os aspectos da experiência corporal estão em constante mudança.

Nos últimos anos, as pesquisas sobre o tema adotam uma definição consensual de IC, como de um construto multidimensional influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Borzekowski, 2005), que consistiria de pelo menos dois componentes: percepção real do tamanho e da forma do corpo e atitudes em relação a esse corpo (Aranda & Gil, 1998).

Entre os inúmeros fatores que podem influenciar a IC, os aspectos socioculturais têm sido considerados especialmente relevantes. Assim, é de conhecimento geral que, se em certos períodos os corpos grandes e arredondados foram considerados sinônimos de opulência, beleza e poder, atualmente somente os corpos esguios são valorizados positivamente (Almeida et al., 2005).

Para conhecer como o contexto sociocultural, por um lado, e o contexto pessoal, por outro, podem influenciar a IC Paquette & Raine (2004) estudaram 44 mulheres, entre 21 e 61 anos de idade, sem diagnóstico de TA. Essas mulheres foram submetidas a duas entrevistas semi-estruturadas. A narrativa das entrevistadas revelou que a IC não é um construto estático, mas sim algo dinâmico e sujeito todo o tempo a novas experiências e à possibilidade de re-interpretações. Os resultados apontaram que, se algumas mulheres expressaram a internalização de normas socioculturais que influenciaram sua IC, outras descreveram a aceitação de seus corpos, como algo conseqüente a um processo de reflexão e interpretação próprio.

No contexto sociocultural da atualidade, a obesidade é estigmatizada, a juventude enaltecida e o aspecto físico, especialmente o ser magro é valorizado. Isto, sem dúvida, tem como resultado, especialmente entre as mulheres, uma grande preocupação com o

peso e a forma corporal, que, sabe-se, muitas vezes leva-as a fazerem dietas “impossíveis” e a lutar contra a própria constituição corporal.

Alguns estudos têm relacionado insatisfação corporal com a classe social e vários deles indicam que mulheres pertencentes a classes sociais mais elevadas apresentariam um índice de insatisfação maior, quando comparadas a mulheres de classes sociais mais baixas (Ogden & Thomas, 1999; Mc Clelland & Crisp, 2001). Uma pesquisa no Canadá, com 912 mulheres, mostrou que além da classe social específica, também era importante levar em conta o grau de instrução, pois quanto maior o nível de educação das mulheres maior foi o índice de insatisfação corporal encontrado (McLaren & Kuh, 2004).

O desenvolvimento e a estruturação da IC começam na infância e atravessam a adolescência. Os modelos de desenvolvimento da IC correlacionam fatores biológicos e socioculturais, sendo incluídos nestes, as influências familiares (Smolak, 2002). Aos 4 ou 5 meses de idade, o bebê começa a perceber seu corpo como algo diferenciado do corpo da mãe e de outros objetos, significando o início da separação do *eu*, do outro e do mundo, através do desenvolvimento da IC (Piaget, 1983). Nos últimos meses do segundo ano de vida, as crianças aprendem a identificar seu espaço corporal com um sentimento único de identidade.

Erikson (1950) descreve a fase de 1 aos 3 anos, como o período no qual a criança começa a apropriar-se do seu corpo e do seu

entorno, através da aprendizagem do caminhar e do controle dos esfíncteres. Com o crescimento, a IC e a auto-imagem fazem cada vez mais parte do desenvolvimento adolescente, e são cada vez mais imbricados, na medida em que o corpo é fonte de identidade e de relação com o mundo externo (Erikson, 1950).

Na puberdade, ocorrem mudanças biológicas e morfológicas que podem ser vividas pelo adolescente como perturbadoras. Aliadas à descoordenação muscular devida, ao desigual crescimento osteomuscular, o aspecto desajeitado e a falta de semelhança com os que o rodeiam no meio familiar, tendem a despertar no adolescente sentimentos de estranheza e insatisfação (Guelar & Crispo, 2000). Dentro de um enfoque psicanalítico, o adolescente vivencia um verdadeiro processo de luto pela perda do corpo e das condições infantis, o que lhe provoca angústia pela busca incessante de uma identidade adulta. Para isso, ele pode transitar muitas vezes por identidades transitórias ocasionais, e até, conforme o momento, circunstanciais, de forma sucessiva ou simultânea (Aberastury & Knobel, 1971).

A possibilidade de integrar de forma saudável essas mudanças corporais tem relação estreita com o entorno sociocultural e as mensagens dos ideais de beleza que a cultura transmite (Olivardia & Pope Jr, 2002). Quando as mudanças não são facilmente aceitas, ou há dificuldades em lidar com os processos psicológicos envolvidos na

busca da nova identidade, o adolescente pode ficar vulnerável e desenvolver um TA, onde o corpo e a imagem corporal ocupam um papel central (Guelar & Crispo 2000).

Alguns autores têm pesquisado quais seriam os possíveis fatores de risco para a insatisfação corporal nos adolescentes. Presnell et al. (2004) examinaram fatores preditivos de insatisfação como um IMC elevado e a percepção da pressão dos amigos e/ou da família e da mídia para serem mais magros, em uma amostra de 531 adolescentes de ambos sexos. Os resultados mostraram que fatores biológicos, socioculturais e pessoais poderiam aumentar os riscos de insatisfação marcando especialmente diferenças com respeito ao sexo, já que nos adolescentes do sexo masculino o efeito desses fatores citados foi menor.

Um estudo mais específico realizado com 481 mães (idade média de 47 anos) e seus filhos adolescentes (idades entre 16 e 17 anos) sobre as diferenças de gênero associadas aos TA, revelou que mães e filhas compartilhavam problemas alimentares, bem como questões com a IC, porém, não foi encontrada a mesma ligação entre as mães e seus filhos homens (Elfhag & Linne, 2005). Os autores apontam que essa ligação mãe-filha poderia estar relacionada genética e psicologicamente, estar aliada às influências ambientais e ser associada à transmissão de gênero específico. Os comportamentos

alimentares dos filhos homens parecem ser mais independentes desses fatores.

Aspectos conceituais sobre IC foram abordados por Assunção (2002) num estudo sobre a incidência de casos de jovens do sexo masculino com Dismorfia Muscular. Nessa mesma linha de investigação conceitual, Claudino & Borges (2002) aprofundaram questões relacionadas aos critérios diagnósticos para os TA destacando a questão da distorção da imagem corporal como parte dos aspectos importantes do diagnóstico da AN, da BN e dos transtornos de compulsão alimentar periódica. A distorção da IC também foi levada em consideração no estudo de Freitas et al. (2002), que trata dos principais instrumentos e métodos para medir aspectos psicopatológicos dos TA.

Saikali et al. (2004) fizeram uma revisão do conceito de imagem corporal nos TA, apontando a influência da mídia na insatisfação da IC tanto na AN quanto na BN. Também sob a perspectiva sociológica, um estudo de Giordani (2006) investigou os mecanismos de formação da IC apontando que a construção da IC é resultante da interação do indivíduo com o mundo social.

Alguns estudos sobre a IC objetivaram populações específicas como adultos obesos e com sobrepeso (Lemes et al., 2001), ou comportamentos sugestivos de TAs, alterações na IC e disfunções menstruais em atletas adultas femininas (Oliveira et al., 2003). Também

além da população específica alguns estudos relacionaram o estado nutricional com a percepção e satisfação da IC como o estudo de Branco et al. (2006) que, numa amostra de 1009 adolescentes de ambos os sexos, verificaram que a insatisfação com a IC foi mais prevalente entre os adolescentes com sobrepeso e obesidade, com maior proporção nas meninas, concluindo que os meninos tenderiam a aceitar mais facilmente a IC, independente do estado nutricional, do que as meninas, que demonstraram maior preocupação corporal.

1.2.2 Distorção, distúrbio e insatisfação com a imagem corporal

Os termos distúrbio, distorção e insatisfação têm sido erroneamente utilizados de forma indistinta, no entanto, o significado é diferente para cada um deles. Assim, a palavra distúrbio (1999) (do latim *disturbium*) significa perturbação no preenchimento de uma função física ou psíquica, que pode manifestar-se com relação a um aparelho, um órgão, ou um tecido.

Quando se fala em imagem corporal, o termo designa muitos aspectos, que incluem distúrbios afetivos, cognitivos, comportamentais ou perceptuais (Gardner et al., 1998). Entre os distúrbios da IC destacam-se a distorção e a insatisfação corporal.

A palavra distorção (1999) (do latim, torcedura, contorção) significa efeito ou ato de distorcer (verbo transitivo), no sentido de deformar alguma coisa, desvirtuar ou mudar o sentido de algo.

Em uma definição simples podemos dizer que a distorção da IC é a estimativa errônea do tamanho do próprio corpo. Trata-se assim, de um distúrbio perceptivo, no qual o corpo percebido é sub ou superestimado em relação ao corpo atual ou real (Scagliusi et al.; 2006; Benninghoven et al., 2007).

A princípio, é necessário diferenciar a distorção de IC de outros sintomas, como os apresentados no Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). O paciente com TDC refere preocupação excessiva por um defeito corporal mínimo, ou por um defeito imaginário de aparência. O TDC afeta a percepção que o paciente tem da própria IC, há preocupações distorcidas sobre alguma parte do seu corpo, como por exemplo, o tamanho do nariz, orelhas ou assimetria facial, ou mesmo acne ou pequenas cicatrizes que aparecem na pele (Torres et al., 2005).

Atualmente, sugere-se que o TDC é freqüentemente crônico, acomete usualmente as mulheres e se inicia em geral na adolescência, época em que o indivíduo está mais preocupado com sua auto-imagem na vida social (Castilho, 1999; Torres et al., 2005). Outras características associadas incluem comportamentos ritualizados, como por exemplo, muitas verificações ao espelho. Comumente, os pacientes

referem também pensamentos indesejados, que os conduzem a comportamentos repetitivos, com vivências de incompletude, semelhantes às apresentadas nos Transtornos Obsessivos Compulsivos (TOC). Essa semelhança está na base da hipótese, que relaciona o TDC como o TOC, podendo assim ser considerado um transtorno de espectro compulsivo (Castilho, 1999; Torres et al., 2005).

Até recentemente, preocupações com a IC eram geralmente tidas como problemas femininos. Atualmente, porém, estas preocupações também têm aparecido entre os homens, de forma muitas vezes exagerada, configurando um subtipo do TDM, denominado Dismorfia Muscular (Assunção, 2002). Este transtorno é caracterizado por uma preocupação dos pacientes em tornarem-se cada vez mais fortes e musculosos, parecendo ser uma resposta semelhante a das mulheres, para se adequar ao padrão corporal ideal, valorizado socialmente (Assunção, 2002).

As singularidades da distorção na percepção do corpo, em pacientes com lesões cerebrais, sempre despertaram a atenção dos neurologistas, há mais de meio século. Alguns destes pacientes apresentam sintomas bizarros, como negar a existência de partes do corpo, dificuldades na capacidade de diferenciar os lados direito e esquerdo, ou sentir partes do corpo que tinham sido amputadas (Crichtley, 1990).

A insatisfação com relação ao corpo descreve avaliação negativa que um indivíduo tem, em relação ao próprio corpo (Benninghoven et al., 2007). Em outras palavras, pode-se dizer que a insatisfação com o corpo é a diferença entre o corpo percebido e aquele considerado como ideal pelo indivíduo. A insatisfação é parte do componente atitudinal da imagem corporal. Segundo Muth & Cash (1997) o construto denominado atitude corporal tem três facetas:

- a) Avaliação: pensamentos e crenças avaliativas sobre a aparência de alguém;
- b) Afeto: que compreende as experiências emocionais com o corpo;
- c) Investimento: refere-se à importância da aparência, abrangendo também os comportamentos que o indivíduo tem para mantê-la ou melhorá-la.

De acordo com esses autores, a insatisfação com as atitudes corporais, provavelmente está situada tanto no componente avaliativo, quanto no afetivo.

Na atualidade, a insatisfação com o corpo tem aumentado consideravelmente, causando grande impacto na saúde física e mental, especialmente em mulheres. Isto tem instigado alguns autores, como Schur et al. (2000), a investigarem o nível de satisfação corporal em crianças. Os resultados encontrados apontam que, 50% delas querem pesar menos do que pesavam e 16 % já tinham tentado emagrecer. Outro estudo, realizado com crianças entre 5 e 8 anos de idade

mostrou que entre os meninos não foi encontrada diferença entre a imagem do corpo real e a imagem idealizada que eles possuem. As meninas, porém, especialmente após os 6 anos, mostram desejos de serem mais magras do que são na realidade (Lowes & Tigemann, 2003).

No grupo dos 9-12 anos, as meninas manifestam com elevada frequência sua insatisfação corporal e parecem ter plena consciência da existência de um modelo de ideal de magreza, segundo um estudo de Sands e Wardle (2003) a puberdade, antecedente da adolescência, pressupõe o início de uma série de modificações fisiológicas, neuro-hormonais com inevitáveis repercussões psicológicas e psicossociais (Toro, 2004).

Vander Wal & Thelen (2000) estudaram alguns fatores que poderiam ser considerados preditivos de insatisfação corporal, numa amostra de meninas de escola primária, examinando a associação entre insatisfação e quatro áreas possíveis de influência:

1- relação entre irmãos, 2-características familiares, 3- características de personalidade e 4- o IMC. Os resultados apontaram que cada área, individualmente, poderia contribuir de maneira significativa para predizer futura insatisfação corporal, e que, a combinação das variáveis estatisticamente significantes que incluem: 1- ter irmão com preocupações com o peso e a forma do corpo, 2- percepção das filhas sobre a influência parental na perda e/ou controle de peso e 3- o IMC;

aumentariam em quase 50% as possibilidades de insatisfação com a imagem corporal, e em 45% a insatisfação com o peso e forma corporal.

1.2.3 Transtornos da imagem corporal nos transtornos alimentares

Importantes autores na área dos TAs , como Crisp , Russell ou Bruch, enfatizam que a característica essencial da anorexia nervosa é a busca pelo emagrecimento, mesmo com peso abaixo do normal (ou em crianças e adolescentes, com peso abaixo do esperado para a idade).

Hilde Bruch (1962) foi uma das pioneiras na descrição das alterações perceptivas e conceituais, presentes na AN. O transtorno na percepção e a interpretação cognitiva dos próprios estímulos interoceptivos estariam acompanhados de sensação de descontrole, a respeito das funções corporais. Segundo essa autora, é interessante a aparente incapacidade do paciente de reconhecer seu próprio estado de emagrecimento, que, em alguns casos, restringe-se a partes concretas do corpo, como a barriga ou as coxas.

Os próprios critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1994) e da CID-10 (OMS, 1993), para AN e para BN, incluem a insatisfação da IC como um dos critérios necessários para o diagnóstico destes quadros. Além disso, as alterações da IC, além da busca pelo

emagrecimento voluntário são também a base para o diagnóstico diferencial dos TAs com outras patologias que provocam mudanças no peso dos pacientes (Perpiña et al., 2000).

Por outro lado, diversos estudos têm mostrado a relação que pode existir entre a insatisfação com a IC e condutas e atitudes alimentares, ou entre alterações da IC e a gravidade do transtorno alimentar, ou das possíveis recaídas de um TA (Cash & Deagle, 1997; Rosen 1997). Assim, se não parece haver dúvidas quanto ao papel da imagem corporal nos TAs, existem ainda controvérsias sobre quais componentes seriam mais afetados em cada transtorno específico. Neste sentido, a insatisfação corporal tem sido considerada uma característica central da bulimia nervosa.

Vários estudos demonstraram que mulheres bulímicas, comparativamente às mulheres sem TA, ou mesmo anoréxicas ou com TANE, são as mais insatisfeitas com seus corpos (Scagliusi et al., 2006). O mesmo parece não ocorrer na AN, onde o distúrbio mais marcante é a distorção da imagem corporal (Giordani, 2006).

1.2.4 Instrumentos de avaliação da imagem corporal e de atitudes alimentares

A maior parte dos instrumentos de avaliação visa à avaliação do componente “aparência física” da IC. Os pesquisadores estudam

geralmente o aspecto perceptivo (abordando as percepções de tamanho) e o aspecto subjetivo (atitudes em relação ao peso e tamanho do corpo) da IC (Castilho, 1999).

No Brasil, as pesquisas relacionadas à imagem corporal datam da década de 90 e têm como um dos estudos precursores, a versão ao português do *Body Shape Questionnaire* (BSQ) realizada por Cordás e Castilho em 1994. Esta escala tem como objetivo avaliar a insatisfação corporal de pacientes com TA (Conti, 2007).

Numa revisão extensa Cordás e Neves (2000), descrevem as escalas mais usadas nos TAs, incluindo as de avaliação da imagem corporal, colocando as suas vantagens e desvantagens. Os autores revêem as primeiras escalas de auto-avaliação da IC como a *Body Cathexis Scale* e a *Body-Self Relations Questionnaire* (BSRQ), com 140 itens referentes às atitudes e às ações do paciente em três áreas somáticas: aparência física, forma física e saúde física. Na mesma revisão, os autores destacam a subescala denominada *Body Dissatisfaction Scale*, que reflete a crença quanto à gordura de partes específicas do corpo. Para a avaliação dos comportamentos de evitação, em situações de ansiedade com relação à aparência física, fato comum em pacientes com transtornos alimentares, é utilizado o *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ), que é uma escala de auto-aplicação de 19 itens (Cordás & Neves, 2000).

Scagliusi et al. (2006) desenvolveram um estudo de tradução

e validação da 'Escala de Silhuetas de Stunkard'. Utilizando as medidas do EAT-26 (*Eating Attitude Test*) para discriminar a sintomatologia de TA e IMC para as análises estatísticas, os autores concluíram que esta escala é uma medida útil para uso na população brasileira.

Para sintomatologia alimentar são utilizadas algumas entrevistas semi-estruturadas como a *Eating Disorder Examination* (EDE) que fornece informações gerais sobre sintomatologia dos TAs, é o instrumento mais validado e amplamente utilizado para avaliação de aspectos psicopatológicos dos TAs. (Cordás & Neves, 2000).

As escalas de auto-aplicação mais usadas são o *Eating Attitudes Test* (EAT) e o *Eating Disorder Inventory* (EDI). O EAT foi originariamente desenvolvido para avaliar atitudes e comportamentos de risco típicos de pacientes com AN. A análise fatorial de seus 40 itens resultou numa versão resumida, o EAT-26. O EDI é um instrumento multidimensional auto-aplicável desenvolvido para avaliar atitudes, comportamentos e traços entendidos como clinicamente relevantes para TAs. (Cordás & Neves, 2000).

Alguns instrumentos são mais específicos para BN como *Bulimia -test* (BULIT-R) que é bastante utilizado como escala de gravidade de sintomas bulímicos, e o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) que dispõe de versão em português.

1.3 Família e transtornos alimentares

1.3.1 Abordagem terapêutica familiar

O papel que a família desempenha nos TAs foi e continua sendo tema de inúmeras publicações, onde ela não é mais considerada um obstáculo para o tratamento, mas um importante instrumento terapêutico. A maioria dos trabalhos publicados enfatiza a importância do estudo da dinâmica familiar e suas relações não somente como fator contribuinte, mas de forma relevante, na manutenção do quadro alimentar (Cobelo, 2004).

A origem atual dos tratamentos familiares nos TAs foi influenciada por vários trabalhos realizados no Maudsley Hospital em Londres. Dos mais relevantes, vale citar o de Dare e Eisler (1997) propondo a integração da terapia familiar na abordagem multidisciplinar. Segundo estes autores, embora esse recurso terapêutico seja fundamental para todos os pacientes, seus resultados mais efetivos ocorrem na AN, em adolescentes em fase inicial do quadro.

De acordo com Eisler (2005), enquanto nos primeiros modelos teóricos de tratamento da AN e BN, o foco estava centrado na etiologia do quadro, os modelos mais atuais englobam a compreensão da dinâmica e da organização da família, frente ao problema de ter um dos seus integrantes com algum TA.

Em 1997, Dare e Eisler propuseram que os modelos de atendimento familiar fossem classificados de acordo com as diferentes escolas teóricas em:

A- Modelo tradicional de terapia familiar: considera que o paciente desenvolve a doença em resposta a fatores externos (socioculturais, familiares etc.). Assim, o tratamento estaria direcionado para corrigir o “problema” do paciente, sendo a intervenção do terapeuta familiar mais psicoeducativa;

B- Terapia familiar estrutural: baseada na posição hierárquica dos integrantes da família, as regras e normas são muito valorizadas. O objetivo do terapeuta é fazer intervenções destinadas a corrigir a disfunção do sistema familiar;

C- Terapia familiar sistêmica “Modelo Milão”: o foco do tratamento está dirigido para a mudança da estrutura familiar, com o objetivo de desestabilizar a homeostase da organização da família e criar crises que possam gerar mudanças nas estruturas. O processo terapêutico é estruturado a partir de redefinições, desafios e prescrições diretas de tarefas ou rituais a serem realizados pela família nas suas rotinas;

D - Terapia familiar sistêmica “Modelo Maudsley”: utiliza um modelo interativo que integra o indivíduo e sua família dentro de um conceito de etiologia multifatorial, que leva em conta a importância de fatores genéticos e culturais. As intervenções terapêuticas são dirigidas principalmente aos fatores mantenedores da doença.

Atualmente, é consenso na literatura que a inclusão da família no tratamento dos TAs é uma peça fundamental na eficácia terapêutica (Lock et al., 2001). Deve-se ressaltar, contudo, que ainda são poucos os estudos que avaliam a efetividade dessa abordagem e permanece em aberto a questão sobre qual modelo de psicoterapia familiar seria mais eficaz (Cobelo, 2004). Quando se trata de pacientes crianças e adolescentes é praticamente consensual na literatura, que a abordagem familiar é essencial no tratamento dos TAs.

Shugar & Kruegar (1995) analisaram as diferentes formas de comunicação familiar, mais especificamente hostilidade, agressividade e confronto, no tratamento familiar de linha sistêmica de pacientes adolescentes entre 13 e 16 anos com diagnóstico de AN, concluindo que as interações familiares podem possivelmente constituir-se em um indicador de como orientar o tratamento familiar.

Em 2001, Robin et al. analisaram uma amostra de 37 adolescentes com AN, cujos pais foram incluídos no tratamento e encarregados do controle alimentar dos filhos. Comparativamente aos pacientes que receberam tratamento individual, esses adolescentes que tinham seus pais incluídos no tratamento, apresentaram maior ganho de peso. Os autores concluíram que a terapia familiar estimularia a melhora sintomática mais rapidamente.

Embora com um número menor de estudos, é relevante a importância do estudo da família na BN. Okon et al. (2003)

pesquisaram as compulsões alimentares em 20 meninas, com média de idade de 16,8 anos, com BN e observaram que a interação familiar tinha impacto significativo nas variações sintomáticas. Havia uma relação significativa dos episódios bulímicos, com as diferentes dinâmicas familiares, especialmente quando as famílias mostravam níveis altos de conflito ou baixa expressividade emocional.

Em relação ao modelo de tratamento familiar para esta faixa etária, atualmente, o que tem sido mais freqüentemente utilizado é o proposto por Lock et al. (2001) no Manual de Tratamento para Anorexia Nervosa. A premissa básica deste modelo é que a família, especialmente os pais dos pacientes, é uma das fontes mais importantes de recursos para o tratamento de adolescentes que tenham diagnóstico de TA.

No primeiro momento do tratamento (fase um), o foco está centrado em ajudar os pais a realimentar o paciente para, posteriormente (fase dois), ajudar a família a devolver o controle da alimentação ao próprio paciente. Finalmente (fase três), deve-se instrumentalizar a família para enfrentar os problemas que a doença provocou, como por exemplo, atraso escolar, dependência familiar, isolamento social, etc.

A abordagem desse Manual não caracteriza a família como patológica e não considera a mudança dos padrões familiares como pré-requisito para o sucesso do tratamento. Considera, porém que a

participação dos pais e da família como um todo é um recurso de fundamental importância no tratamento de adolescentes, especialmente aqueles com diagnóstico de AN (Le Grange, 2005).

Para avaliar este modelo Krautter & Lock (2004) entrevistaram 34 famílias de pacientes adolescentes com diagnóstico de AN, demonstrando que, na opinião dos pacientes e seus familiares, o tratamento era altamente eficaz. Para aumentar a eficácia da terapêutica proposta, quase 25% dos entrevistados sugeriram acrescentar terapia individual, mais sessões de terapia familiar e a possibilidade de trabalhar outros assuntos, que não a AN.

Outro trabalho de avaliação do modelo proposto no Manual de Tratamento foi o de Le Grange et al. (2005), que investigaram as mudanças encontradas em 45 crianças e adolescentes de 9 a 18 anos com diagnóstico de AN. Os pacientes foram avaliados pelo peso, antes e depois do tratamento. Após 17 sessões de tratamento familiar, foi observado aumento de peso (definido como ganho maior do que 85% do peso ideal) em 56% (n=25) dos pacientes.

1.3.2 Relação mãe-filha e sua influência na imagem corporal

Diferentes estudos têm abordado a influência da família no desenvolvimento e na manutenção dos TAs e muitos têm tido como foco o estudo da relação mãe-filha.

A psicanálise sempre foi pródiga na discussão dessa relação. Entre os autores psicanalíticos, Bidaud (1998) analisa a relação mãe-filha na AN, através do mito grego de Deméter (deusa materna da terra, o nome significa Terra- mãe) e sua filha Perséfone. A sensibilidade literária do mito de Deméter merece a citação:

“Deméter é a grande deusa materna da terra, a divindade da fertilidade e a deusa dos mistérios de Elêusis. Ela figura entre os doze grandes deuses olímpicos e entre os seis filhos de Cronos e de Rea. Ela teve com Zeus, seu irmão, Perséfone, com quem está unida no mito e no culto grego.

O mito relativo à Deméter concerne à perda de sua filha Perséfone, com a qual estava apaixonadamente ligada. Quando a moça era ainda muito jovem, seu pai Zeus, sem consultar Deméter - que teria recusado -, acede ao desejo de Hades, deus dos mortos, de fazer de Perséfone sua mulher. Para conseguir isso, Zeus fez brotar um belo narciso num vale sombreado e florido onde Perséfone passeava. Separando-se de suas companheiras, Perséfone avistou o narciso e o colheu. Nesse instante, a terra se abriu e Hades apareceu em seu carro puxado por ginetes azul-marinho. Ele se apoderou da jovem e voltou para o reino das sombras. Perséfone lançou um grito para chamar pela mãe, que não a ouviu; e quando chegou ao reino de Hades, continuou a suspirar, recusando qualquer alimento.

Quando Deméter soube do desaparecimento da filha, partiu imediatamente à sua procura. Munida de tochas acesas, errou pelo mundo durante nove dias e nove noites, sem comer e beber. Deméter ficou tão desesperada com a notícia do rapto de Perséfone que assolou a terra com a seca e a fome. Desceu do Olimpo e vagou através do mundo até que Zeus, inquieto ao ver a terra tornar-se pouco a pouco estéril, compreendeu que se nada viesse apaziguar sua cólera a raça dos homens não tardaria em desaparecer, e os deuses não mais receberiam suas oferendas. Enviou Íris até ela, para suplicar-lhe que voltasse a integrar a assembléia dos deuses do Olimpo.

Mas esta recusou-se a isso enquanto Perséfone não lhe fosse devolvida. Zeus consentiu sob uma única condição: Perséfone deveria não ter comido nada durante sua permanência no inferno, pois quem quer que comesse ou bebesse enquanto estivesse no reino de Hades ficava prisioneiro deste ultimo para sempre. Zeus mandou Hermes buscar a jovem, e Hades aceitou separar-se dela. Mas, antes de sua partida, ofereceu-lhe uma romã. Ao voltar para o lado da sua mãe, esta perguntou-lhe se havia comido alguma coisa em casa de Hades. Perséfone, a princípio, negou haver comido o que quer que fosse, mas teve de reconhecer, em seguida, haver comido algumas sementes de romã. Assim, Zeus decidiu que ela deveria passar a metade de cada ano no reino de Hades, com seu marido. Enquanto as sementes estivessem enterradas no chão, brotando e amadurecendo,

Perséfone viveria junto da mãe. Mas, uma vez que os grãos fossem colhidos e armazenados, iria reunir-se ao marido e o solo ficaria árido e estéril” (Bidaud, 1998 pág.79).

Dentro do campo psicanalítico, a análise do mito de Deméter e Perséfone feita por Bidaud (1998) mostra Deméter como uma mãe inconsolável pela perda da filha que fora “arrebataada” pelo desejo de Hades o deus dos mortos.

A mãe Deméter e a filha Perséfone mostram uma relação tão estreita que poderia ser chamada de simbiótica, onde a ameaça de separação é tão assustadora que faz com que elas “fiquem sem comer e beber” como símbolo dessa angústia percebida por ambas. Essa “anorexia” responderia á angústia de separação vivida tanto pela mãe como pela filha, e poderia ser vista como uma tentativa de manter essa ligação mãe-filha intacta.

Desde os trabalhos pioneiros de Hilde Bruch (Bruch, 1973; Bruch, 1978), a importância da relação mãe-filha no desenvolvimento dos TAs tem sido sublinhada tornando-se hoje praticamente consensual na literatura (Garcia de Amusquibar & De Simone, 2003).

Bruch (1978) afirma que a mãe da paciente com AN é alguém que não consegue perceber intuitivamente as necessidades do bebê, pois reage a elas segundo seu próprio desejo, dificultando qualquer expressão individual da criança.

Stice et al. (1999) estudando 216 crianças e seus pais, durante os primeiros cinco anos de vida, verificaram que poderiam ser considerados preditivos de TAs na infância:

- a) na mãe: insatisfação corporal, internalização de ideal de magreza, dieta, sintomas bulímicos e sobrepeso;
- b) na criança: duração da sucção ao mamar e sobrepeso.

Com esse mesmo objetivo, outro estudo comparou 40 adolescentes com diagnóstico de AN a um grupo-controle. Os resultados mostraram diferenças significativas nas atitudes das mães das pacientes, quando comparadas com o grupo-controle (Schoebridge & Gowers, 2000). As mães das adolescentes anoréxicas tinham cuidado do bebê quase com exclusividade, apresentando grande mal estar ao deixar a filha na creche ou escola. As pacientes também eram mais velhas que as sem TA, quando passaram o primeiro fim de semana fora de casa. Com estes dados, os autores concluíram que um alto grau de preocupação materna na infância poderia estar associado a um maior risco posterior de desenvolvimento de AN (Schoebridge & Gowers, 2000).

Por outro lado, alto grau de preocupação pode levar a respostas inadequadas. Lofrano e Labanca (1995) afirmam que a ausência de respostas adequadas e consistentes por parte da mãe, prejudicariam o desenvolvimento da identidade corporal do bebê. A falta de uma conscientização adequada das percepções, acerca das

funções corporais, levaria as pacientes com TAs a um sentimento de perplexidade, frente às demandas do desenvolvimento.

Desde a perspectiva da influência sociocultural, é possível pensar que mãe e filha são mulheres sujeitas à intensa pressão social de serem magras. Além disso, a mãe exerce importante papel como modelo de aparência e de comportamento (inclusive alimentar) para a filha (Garcia de Amusquibar & De Simone, 2003; Benninghoven et al., 2007).

Pike & Rodin (1991) realizaram um estudo com o objetivo de observar como as atitudes e os comportamentos maternos poderiam estar relacionados com os TAs das filhas. A pergunta que orientou o trabalho era: “As mães das pacientes com TAs mostrariam diferenças significativas na forma de funcionamento familiar, quando comparadas com as mães de meninas sem TAs?”. Os autores procuraram avaliar ainda, se as mães muito preocupadas com atitudes e comportamentos sobre aparência física, peso e dietas, não seriam também mais críticas com as filhas, exercendo sobre elas mais pressão para atingir os ideais de magreza, o que poderia colocá-las em risco de desenvolver um TA. Os resultados apontaram que as famílias das mães das pacientes com TAs eram menos coesas que as do grupo-controle, porém, a diferença não era estatisticamente significativa. Houve significância estatística, contudo, nos dados referentes à hipótese da relação entre dificuldades

alimentares maternas e a incidência de transtornos alimentares nas filhas.

Whelan e Cooper (2000) analisaram a possível relação entre problemas alimentares na infância e transtornos de alimentação nas mães. Uma amostra de crianças pré-escolares de 4 anos de idade foi dividida em 3 grupos:

- 1- Crianças com problemas de alimentação;
- 2- Crianças com outros problemas (de conduta, timidez, medos);
- 3- Crianças sem problemas.

Os autores apontaram que as mães das crianças com problemas de alimentação apresentaram uma taxa marcadamente elevada de TA anteriormente, ou no momento da pesquisa.

Quando os estudos se orientam para observar as atitudes em relação aos cuidados maternos, a maioria aponta para a relação tanto da negligência, quanto da superproteção materna, com o desenvolvimento de um TA. Assim, enquanto alguns autores observaram alta frequência de TA, especialmente BN, em mulheres que descreviam o cuidado materno na infância como insuficiente, outros relataram o papel superprotetor da mãe, especialmente para as pacientes com AN. (Garcia de Amusquibar & De Simone, 2003).

No que se refere ao peso, forma do corpo e à imagem corporal, é importante considerar que a mãe é o primeiro modelo para as filhas. Um estudo de Cooley et al. (2008) pesquisou o papel das

atitudes alimentares e comportamentos com relação ao corpo das mães, que poderiam servir de modelo para os comportamentos e atitudes das filhas. Neste estudo, 91 estudantes universitárias americanas do sexo feminino e suas mães responderam a questionários sobre IC e sobre atitudes e padrões alimentares. A média de idade das filhas era de 21 anos e a média de idade das mães de 48 anos. Os resultados relativos à sintomatologia alimentar e insatisfação corporal das mães, estavam relacionados com os níveis das mesmas variáveis nas filhas, o que é apontado como possível efeito do papel do modelo materno, porém, esclarecem a dificuldade de fazer uma relação direta do tipo causa – efeito através dos dados obtidos.

Muitos estudos têm mostrado o bom resultado de incluir a família no tratamento de adolescentes com TAs, porém poucos têm prestado atenção específica à relação mãe-filha, especialmente aos pensamentos, sentimentos e comportamentos das mães com referência a doença das filhas. Ajudar as mães e as filhas no processo de separação-individação mostrando quais são e como lidar com as dificuldades que o próprio processo desencadeia pode ser um fator de extrema importância (Van Furth, 1996).

Foi este um dos objetivos que nortearam a criação do chamado “grupo de mães”, e para o qual não foram praticamente encontradas referências na literatura sobre terapia familiar dos TAs. Vale à pena ressaltar que de alguma forma este grupo de mães,

conduzido pela autora, deu origem ao presente estudo. Após vários anos de trabalho com esses grupos, vários temas repetem-se além das dificuldades na separação-individuação, como por exemplo, a necessidade de saber sobre a etiologia da doença, mostrando como é difícil entender uma doença desconhecida e que provoca tantos sentimentos de culpa. As questões da IC das pacientes e das suas mães, assim como as preocupações com a alimentação, fazem parte de quase todos os encontros dos grupos das mais variadas formas e com os mais variados conteúdos.

O grupo de mães acontece no ambulatório do PROTAD – Projeto Interdisciplinar de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência – do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) – Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ – HC - FMUSP) todas as quartas-feiras, no mesmo horário no qual os pacientes participam do grupo de psicoterapia de orientação psicodinâmica. Todas as mães dos pacientes são convidadas a participar quando o paciente ingressa ao ambulatório, e permanecem no grupo até a alta do paciente. Os encontros são semanais de uma hora de duração e são coordenados por uma psicóloga especialista em terapia familiar.

2 – JUSTIFICATIVA

A literatura sobre transtornos alimentares, principalmente anorexia nervosa e bulimia nervosa, tem examinado os fatores familiares como sendo de grande influência no desenvolvimento e/ou manutenção da doença. Alguns estudos mostraram o efeito da influência familiar em mulheres adolescentes, quanto ao surgimento das preocupações sobre imagem corporal e até nos hábitos de fazer dieta (Byely et al., 2000).

Ainda são poucas, porém, as pesquisas internacionais e até onde podemos saber, não há investigações no Brasil sobre a imagem corporal e sintomas de transtorno alimentar nas mães de pacientes adolescentes com transtornos alimentares.

Considerando a influência familiar, predominantemente materna, sobre a internalização da imagem corporal e esta influência sobre o próprio desenvolvimento dos transtornos alimentares, julgamos que é fundamental o estudo da imagem corporal e dos sintomas de transtorno alimentar das mães. Este conhecimento poderia levar não só à melhor inclusão da família, principalmente das mães, no tratamento multidisciplinar, como também poderia contribuir para modelos de prevenção.

3 – OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a presença de insatisfação da imagem corporal e de sintomatologia alimentar, nas mães de adolescentes (entre 10 e 17 anos) com transtornos alimentares.

3.2 Objetivos específicos

- A- Caracterizar a amostra de mães com filhas com TAs no que se refere ao peso, altura, IMC, idade, escolaridade e renda , e compará-las com mães de adolescentes não pacientes (grupo-controle);
- B- Comparar a insatisfação corporal, entre as mães de adolescentes com TAs (grupo-estudo) e as mães de adolescentes do grupo-controle;
- C- Comparar a insatisfação da imagem corporal entre as mães do grupo-estudo e os diferentes diagnósticos das filhas;
- D- Comparar a presença de sintomas de TA entre mães de adolescentes com TAs (grupo-estudo) e as mães de adolescentes do grupo-controle;
- E- Comparar o grau de sintomas de TA entre as mães do grupo-estudo e os diferentes diagnósticos das filhas.

4 – CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo foi realizado no PROTAD, que iniciou seus atendimentos em novembro de 2001 e estes ocorrem no Ambulatório do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas. Os pacientes são encaminhados ao PROTAD através da triagem geral do Instituto de Psiquiatria - HC-FMUSP, um hospital público universitário que atende gratuitamente uma população, predominantemente, de baixa renda. Os pacientes que procuram a triagem geral podem fazê-lo espontaneamente, ou por encaminhamento de outras unidades do Hospital das Clínicas.

A equipe do PROTAD é formada por psiquiatras, nutricionistas, psicólogos, endocrinologistas e terapeuta familiar, que trabalham dentro do conceito de multidisciplinaridade, com reuniões semanais que contam com a participação de todos os membros da equipe, para discussão periódica dos casos, supervisão e elaboração das decisões conjuntas. São oferecidos aos pacientes:

- Avaliação e tratamento psiquiátrico: frequência variável (de semanal a mensal), com o objetivo de diagnosticar e tratar tanto os TAs, como possíveis diagnósticos psiquiátricos associados;
- Avaliação e orientação nutricional: realizadas pela equipe de nutricionistas, individualmente, em sessões semanais, com o objetivo da reeducação alimentar dos pacientes;

- Avaliação psicológica e tratamento psicológico, através de um programa de tratamento cognitivo-comportamental em grupo, e de psicoterapia de grupo de orientação psicodinâmica.
- Avaliação e orientação pediátrica e endocrinológica realizada por médicos dessas especialidades, colaboradores da equipe. Quando necessário, os pacientes são encaminhados para interconsulta com outros ambulatórios do Hospital das Clínicas.
- Avaliação e tratamento familiar: são feitas entrevistas familiares diagnósticas, grupos de familiares com caráter psicoeducativo, e psicoterapia de grupo (orientação psicodinâmica) para as mães dos pacientes.

4.1 Amostra

Foram convidadas a participar do projeto todas as mães das pacientes adolescentes, do sexo feminino, entre 10 e 17 anos de idade, com diagnóstico de AN, BN ou TANE que ingressaram consecutivamente para tratamento no período de novembro de 2005 a julho de 2007. Foram excluídos os pacientes do sexo masculino devido à baixa prevalência (APA, 2006). A amostra final foi constituída por 35 mães que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

O grupo controle foi formado por 35 mães de adolescentes com idade entre 10 e 17 anos, que estudavam em uma escola particular localizada na cidade de São Paulo. Para obter os dados foram distribuídos na escola 100 envelopes para as alunas desta faixa etária contendo: uma carta convite (Anexo B), os instrumentos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi solicitado que os envelopes fossem encaminhados às suas mães e preenchidos conforme as instruções. Dos 100 envelopes enviados, 51 foram devolvidos e destes 16 questionários foram excluídos, por estarem incompletos e/ou por mau preenchimento. A amostra final ficou constituída por 35 mães.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão do grupo estudo:

- 1- Mães de pacientes adolescentes do sexo feminino entre 10 e 17 anos, com diagnóstico de AN, BN e TANE, segundo o DSM-IV (APA, 1994).
- 2- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de inclusão para o grupo controle:

- 1- Mães de adolescentes do sexo feminino, entre 10 e 17 anos.
- 2- Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão para ambos os grupos:

1- Mulheres analfabetas ou com grau de instrução que impossibilitasse a compreensão dos instrumentos de avaliação empregados no estudo.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

A- Questionário padronizado do PROTAD, para a coleta de dados sociodemográficos: idade, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), estado civil, escolaridade, situação ocupacional, e filhos (Anexo C);

B- Questionário socioeconômico: define a população em termos de classe econômica, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa, ANEP, 2000) (Anexo D);

C- Teste de Atitudes Alimentares (EAT - *Eating Attitudes Test*): o EAT é um questionário auto-aplicativo com 26 questões, usado como um índice de gravidade das preocupações típicas das pacientes com transtorno alimentar, particularmente com intenção de emagrecer e medo de ganhar peso (Anexo E). O EAT utiliza as respostas sempre, usualmente, freqüentemente, às vezes, raramente, nunca, dividido em sub-escalas:

Fator I: “Dieta”, com 13 itens relacionados ao comportamento alimentar, tipos de alimentos e imagem corporal. Fator II: “Bulimia e preocupação com dieta”, baseado em 6 questões relacionadas ao vômito auto-induzido, compulsão e preocupação com dieta. Fator III: “Controle oral”,

com 7 itens que envolvem a duração das refeições, sua relação com a fome e a pressão social para perda de peso (Garner & Garfinkel, 1979).

É considerada sintomática, uma pontuação total igual ou maior que 21.

D - Questionário de Imagem Corporal (BSQ - *Body Shape Questionnaire*) (Cooper et al., 1987): escala que mede as preocupações com a forma do corpo, a autodepreciação devido à aparência física e a sensação de estar gorda. Desenvolvido por Cooper et al. (1987) trata-se de um questionário auto-aplicativo, com 34 questões que avaliam a presença de insatisfação com a imagem corporal. Foi traduzido para o português por Cordás e Castilho (1994) (Anexo F);

Nesta escala, os escores para quantificar as preocupações com a imagem corporal são:

< 80	sem insatisfação de imagem corporal;
80-110	insatisfação de imagem corporal leve ;
111-140	insatisfação de imagem corporal moderada ;
>140	insatisfação de imagem corporal grave .

Para dar mais significância estatística á análise dos dados, os resultados foram agrupados em: 1- insatisfeitas, considerando as pontuações leve, moderado e grave; e 2- satisfeitas, considerando a pontuação sem insatisfação.

E - Escala de Silhuetas (*Stunkard's Figure Ratings Scale 1983*): teste projetivo de escolha de figuras do corpo humano, que mostra o índice de insatisfação corporal. A versão utilizada nesta pesquisa foi validada para a realidade brasileira, por Scagliusi et. al. (2006) (Anexo G).

Nesta escala, o sujeito tem que escolher entre 9 figuras femininas (de muito magra até muito gorda), uma figura que represente:

- O que o sujeito identifica como seu próprio corpo: “eu”;
- O que o sujeito acha que é um corpo saudável: “eu saudável”;
- O corpo que o sujeito gostaria de ter: “eu desejável”.

Neste trabalho, foi considerada como insatisfação corporal, uma diferença entre a figura “eu” e a figura “eu desejável”, diferente de zero.

Para dar mais significância estatística aos dados os resultados foram agrupados em: 1 – insatisfeitas, quando a diferença entre o “eu” e o “eu desejável” foi $>$ de 0; e 2 – satisfeitas, quando a diferença foi $=$ 0.

As respostas das mães do grupo estudo a cada pergunta do EAT e do BSQ, foram comparadas com as respostas das mães do grupo controle (Tabelas 5 e 6). As respostas do EAT ≥ 20 dos dois grupos foram comparadas com os resultados positivos do BSQ e da escala de Stunkard (Quadros 3 e 4).

4.4 Análises estatísticas

A análise dos dados foi feita com o pacote estatístico *SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows* versão 11.5. Todos os testes foram realizados considerando hipóteses bilaterais e assumindo um nível de significância $\alpha=5\%$.

Inicialmente, foi utilizada a estatística descritiva para avaliar a frequência, média e desvio-padrão das características físicas e sócio-demográficas das mães de adolescentes dos grupos-estudo e controle.

Os dados quantitativos foram apresentados na forma de média $\pm$ desvio-padrão. A homogeneidade entre os grupos (controle e estudo) foi verificada através dos testes t, Qui-quadrado e Exato de Fisher.

A medida de correlação de Pearson foi calculada para medir o grau de associação da variável IMC com o escore no BSQ e com a pontuação na escala Stunkard; e da variável EAT com as pontuações do BSQ e Stunkard. Essas correlações foram feitas nos dois grupos (estudo e controle) e submetidas a um teste estatístico para verificar sua significância; também foram calculados os intervalos de confiança.

O grau de insatisfação da imagem corporal, e os sintomas de patologia alimentar das mães do grupo-estudo, segundo o diagnóstico da paciente, foram verificados pelo teste Qui-quadrado com correção de continuidade (correção de Yates) e pelo teste Exato de Fisher.

5– ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de aplicação de questionários e escalas, a metodologia desta pesquisa não envolveu riscos para a população estudada.

Tanto as mães das pacientes, como as mães de adolescentes do grupo-controle, foram informadas sobre a natureza do estudo e todas as explicações referentes aos termos do projeto foram fornecidas. Foi solicitado a elas a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e foram incluídas no estudo, apenas, aquelas que concordaram com os termos do compromisso.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo H).

6 – RESULTADOS

6.1 Características da amostra

Os resultados dos dados sociodemográficos e socioeconômicos das mães dos grupos-controle e estudo estão mostrados na Tabela 1. A única variável que apresentou diferença significativa foi a idade, sendo que a idade média das mães do grupo-estudo foi significativamente maior que a das mães do grupo-controle ($p=0,002$).

Tabela 1: Características físicas e sociodemográficas das mães dos grupos-controle e estudo, São Paulo 2008.

Variável	Controle (n=35)	Estudo (n=35)	t (g.l.) χ^2 (g.l.)	p.
Idade (anos)	40,68	44,09	-3,180 (67)	0,002^a
Peso (kg)	62,74	63,79	-0,441 (68)	0,661 ^a
Altura (m)	1,63	1,64	-0,675 (68)	0,502 ^a
IMC (kg / m ²)	23,59	23,64	-0,062 (68)	0,951 ^a
Número de filhas	1,91	2,46	-2,611 (68)	0,011 ^a
Estado Civil				
Com companheiro	27 (77%)	29 (83%)	—————	0,766 ^b
Sem companheiro	8 (23%)	6 (17%)		
Escolaridade				
1 ^o grau	0 (0%)	6 (17%)	4,967 (2)	0,083 ^c
2 ^o grau	9 (26%)	10 (29%)		
Superior	26 (74%)	19 (54%)		
Situação Ocupacional				
Empregada	23 (80%)	26 (74%)	0,019 (2)	0,991 ^c
Desempregada	1 (3%)	2 (6%)		
Dona de casa	6 (17%)	7 (20%)		
Classe Social				
A	7 (20%)	16 (46%)	4,521 (2)	0,104 ^c
B	26 (74%)	17 (48%)		
C	2 (6%)	2 (6%)		

^a: teste t;

^b: teste Exato de Fisher;

^c: teste Qui-quadrado com correção de Yates.

Das 35 mães das pacientes com TA (grupo-estudo), 21 (60%) tinham filhas com anorexia nervosa; 3 (8,6%) tinham filhas com bulimia nervosa; e 11 (31,4%) com transtorno alimentar não especificado (TANE).

Para dar mais significância estatística á análise dos dados, os resultados de BN e TANE foram agrupados (BN+TANE). As análises dos dados obtidos, referentes à imagem corporal e sintomatologia alimentar das mães das pacientes, foram comparados com os dados do grupo-controle.

6.2. Insatisfação corporal

A Tabela 2a apresenta freqüência e comparação da insatisfação da imagem corporal das mães do grupo-estudo e do grupo-controle, medidas pelo BSQ.

Tabela 2a-Insatisfação da imagem corporal, pelo BSQ ≥ 80 , de mães do grupo-estudo e do grupo-controle. São Paulo, 2008.

	Mães				Total		X ² (d.f.)	p.
	Satisfeitas		Insatisfeitas		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
Controle	25	71,4	10	28,6	35	100	0,299 (1)	0,584
Estudo	27	77,1	8	22,9	35	100		
Total	52	74,3	18	25,7	70	100		

* Qui-quadrado com correção de Yates.

A Tabela 2b apresenta freqüência e comparação da insatisfação corporal medidas pelo BSQ, de acordo com o diagnóstico das filhas. As comparações das proporções entre os diferentes diagnósticos foram obtidas através do teste Qui-quadrado.

Tabela 2b - Insatisfação da imagem corporal, pelo BSQ ≥ 80 , de mães do grupo-estudo, segundo o diagnóstico das filhas. São Paulo, 2008

Grupo-estudo, segundo o diagnóstico das mães: São Paulo, 2000								
	Mães				Total		X ² (d.f.)	p
	Satisfeitas		Insatisfeitas					
	n	%	n	%	n	%		
Controle	25	71,4	10	28,6	35	100	0,243 (2)	0,886
Anorexia	17	81,0	4	19,0	21	100		
Bulimia+TANE	10	71,4	4	28,6	14	100		
	52	74,3	18	25,7	70	100		

* Qui-quadrado com correção de Yates.

De acordo com as Tabelas 2a e 2b, não houve diferença significativa nas proporções de insatisfação corporal entre as mães das adolescentes, tanto para os grupos-controle e estudo quanto para a separação por diagnósticos das filhas.

A Tabela 3a apresenta freqüência e comparação das mães dos grupos-estudo e controle, que estão insatisfeitas com o corpo, com relação à classificação nas silhuetas de Stunkard. A Tabela 3b apresenta freqüência e comparação de insatisfação corporal com relação à classificação nas silhuetas de Stunkard, das mães do grupo-

estudo de acordo com o diagnostico das filhas. O valor de p dos testes de diferença das proporções entre os diferentes diagnósticos foi obtido através do teste Qui-quadrado.

Tabela 3a - Insatisfação da imagem corporal das mães do grupo-controle e estudo pela escala de silhuetas de Stunkard. São Paulo, 2008

pela escala de Simstuck de Stanford, São Paulo, 2000								
	Mães				Total		X ² (d.f.)	p
	Satisfeitas		Insatisfeitas					
	n	%	n	%	n	%		
Controle	12	34,3	23	65,7	35	100	0,062 (1)	0,803
Estudo	13	37,1	22	62,9	35	100		
	25	35,7	45	64,3	70	100		

*Qui-quadrado com correção de Yates

Tabela 3b - Insatisfação da imagem corporal das mães do grupo-estudo pela escala de silhuetas de Stunkard, segundo o diagnóstico das filhas. São Paulo, 2008

	Mães				Total		X ² (d.f.)	p.
	Satisfeitas		Insatisfeitas		n	%		
	n	%	n	%				
Controle	12	34,3	23	65,7	35	100	3,811 (2)	0,149
Anorexia	11	52,4	10	47,6	21	100		
Bulimia+TANE	2	14,3	12	85,7	14	0		
	25	35,7	45	64,3	70	100		

*Qui-quadrado com correção de Yates.

Não houve diferença significativa nas proporções de insatisfação corporal, segundo o critério de Stunkard, entre as mães das adolescentes, tanto para os grupos-controle e estudo quanto para a separação por diagnósticos.

6.3 Sintomatologia alimentar

A Tabela 4a apresenta a frequência das mães dos grupos estudo e controle que apresentaram sintomatologia sugestiva de transtorno alimentar, medidos pelo EAT-26.

A Tabela 4b apresenta a frequência das mães do grupo-estudo que apresentaram sintomas de TA, medidos pelo EAT-26 e de acordo com o diagnóstico das filhas. O valor p do teste de diferença das proporções entre os diferentes diagnósticos foi obtido através do teste Qui-quadrado.

Não houve diferença estatisticamente significativa na ocorrência da sintomatologia alimentar entre as mães das adolescentes, tanto para a os grupos-controle e estudo quanto para a separação por diagnósticos.

Tabela 4a - Sintomatologia alimentar das mães dos grupos-controle e estudo medida pelo EAT-26. São Paulo, 2008

	Sintomatologia Alimentar				Total		X ² (d.f.)	p.
	Sim		Não		n	%		
	N	%	n	%				
Controle	3	8,6	32	91,4	35	100	0,265 (1)	0,607
Estudo	1	2,9	34	97,1	35	100		
	4	5,7	66	94,3	70	100		

*Qui-quadrado com correção Yates

No grupo-estudo, somente uma mãe (cuja filha tem diagnóstico de AN), apresentou sintomas de TA. Vale a pena ressaltar que duas mães pontuaram 20 na escala EAT (uma das mães tem uma

filha com diagnóstico de AN, a outra mãe tem uma filha com diagnóstico de TANE) o que pode ser considerado como limítrofe para grupo de risco de TA (Tabela 4 a).

No grupo-controle, três mães apresentaram sintomas de TA ao pontuarem acima de 21, quando responderam à escala EAT-26, e duas mães pontuaram 20, limítrofe para grupo de risco de TA (Tabela 4b).

Tabela 4b - Sintomatologia alimentar das mães do grupo-estudo medida pelo EAT-26 segundo o diagnóstico das filhas. São Paulo, 2008

	Sintomatologia Alimentar				Total		X ² (d.f.)	p.
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
Controle	3	8,6	32	91,4	35	100	0,331 (2)	0,847
Anorexia	1	4,8	20	95,2	21	100		
Bulimia+TANE	0	—	14	100	14	100		
	4	5,7	66	94,3	70	100		

*Qui-quadrado com correção de Yates.

6.4 Correlações

6.4.1 Correlação entre as variáveis IMC e BSQ.

Figura 1- Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e BSQ para o grupo-estudo.

Figura 2. Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e BSQ para o grupo-controle.

De acordo com as Figuras 1 e 2 há uma correlação linear positiva entre o Índice de Massa Corpórea (IMC) e a insatisfação

corporal, medida pelo BSQ, indicando **quanto maior o IMC maior a insatisfação corporal apresentada.**

Essa correlação positiva é estatisticamente significativa no grupo-controle ($R = 0,382$; IC 95%: 0,056-0,634; $p=0,024$), mas não significativa para o grupo-estudo ($R=0,310$; IC 95%: $-0,026$ -0,583; $p=0,070$).

6.4.2. Correlação entre as variáveis IMC e STUNKARD

Figura 3. Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e Stunkard para o grupo-estudo.

Figura 4. Gráfico com a correlação entre as variáveis IMC e Stunkard para o grupo-controle.

De acordo com as Figuras 3 e 4 no grupo-estudo ($R=0,487$; IC 95%: 0,184-0,706; $p=0,003$) e no grupo-controle ($R=0,610$; IC 95%: 0,347-0,784; $p=0,000$) há uma correlação linear positiva estatisticamente significativa entre o IMC e a insatisfação corporal, medida pela escala de Stunkard. Assim, podemos inferir que quanto **maior o valor do IMC, maior é o índice de insatisfação** dessas mães.

6.4.3. Correlação entre as escalas BSQ e EAT

Figura 5. Gráfico com a correlação entre as variáveis BSQ e EAT para o grupo-estudo.

Figura 6. Gráfico com a correlação entre as variáveis BSQ e EAT para o grupo-controle.

De acordo com as Figuras 5 e 6 tanto no grupo-estudo ($R=0,435$; IC 95%: 0,119-0,671; $p=0,009$), como no grupo-controle ($R=0,604$; IC 95%: 0,339-0,780; $p=0,000$), há uma correlação linear positiva estatisticamente significativa entre as escalas BSQ e EAT indicando que quanto **maior a insatisfação corporal, maior a possibilidade de apresentar sintomatologia alimentar.**

6.4.4. Correlação entre as escalas STUNKARD e EAT

Figura 7. Gráfico com a correlação entre as variáveis STUNKARD e EAT para o grupo-estudo.

Figura 8. Gráfico com a correlação entre as variáveis STUNKARD e EAT para o grupo-controle.

De acordo com as Figuras 7 e 8 há uma correlação linear positiva entre o grau de insatisfação (Stunkard) e o índice EAT, indicando que quanto **maior a insatisfação corporal, maior é a probabilidade de apresentar sintomas alimentares**. No entanto essa correlação não é estatisticamente significativa tanto no grupo-estudo ($R=0,201$; IC 95%: $-0,142-0,501$; $p=0,246$), como no grupo-controle ($R=0,296$; IC 95%: $-0,041-0,573$; $p=0,089$).

6.4.5- Comparações das respostas as escalas EAT e BSQ, dos grupos estudo e controle.

Para entender melhor os resultados, as respostas de cada pergunta do EAT (Tabela 5) e do BSQ (Tabela 6) do grupo-estudo foram comparadas com as respostas do grupo-controle.

A comparação individual de cada uma das 26 questões do EAT evidenciou uma diferença estatística significativa a afirmação **“Quando faço exercício, penso em queimar calorias”**, as mães do estudo responderam infrequente 77%, no grupo-controle a mesma resposta foi de 48% ($p=0.026$). Outra questão que mostrou significância estatística foi **“sei quantas calorias como”** onde as mães do grupo estudo responderam em 100 % o quesito “infrequente”, em quanto às mães do grupo-controle responderam “infrequente” em 77% ($p= 0,009$) (Tabela 5).

Tabela 5- Comparação das respostas as perguntas do EAT-26 das mães dos grupos-estudo e controle. São Paulo, 2008.

	Grupo Estudo (n=35)		Grupo Controle (n=35)		χ^2	p.
	Frequente	Infrequente	Frequente	Infrequente		
Q1	4 (11,4%)	31 (88,6%)	10 (28,6%)	25 (71,4%)	2,232	0,135
Q2	5 (14,3%)	30 (85,7%)	10 (28,6%)	25 (71,4%)	1,358	0,244
Q3	3 (8,6%)	32 (91,4%)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	0,000	1,000
Q4	30 (85,7%)	5 (14,3%)	31 (88,6%)	4 (11,4%)	0,000	1,000
Q5	6 (17,1%)	29 (82,9%)	7 (20,0%)	28 (80,0%)	0,000	1,000
Q6	3 (8,6%)	32 (91,4%)	5 (14,3%)	30 (85,7%)	0,141	0,707
Q7	6 (17,1%)	29 (82,9%)	8 (22,9%)	27 (77,1%)	0,089	0,765
Q8	1 (2,9%)	34 (97,1%)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	0,862	0,353
Q9	8 (22,9%)	27 (77,1%)	18 (51,4%)	17 (48,6%)	4,956	0,026
Q10	2 (5,7%)	33 (94,3%)	5 (14,3%)	30 (85,7%)	0,635	0,426
Q11	6 (17,1%)	29 (82,9%)	8 (22,9%)	27 (77,1%)	0,089	0,765
Q12	7 (20,0%)	28 (80,0%)	14 (40,0%)	21 (60,0%)	2,449	0,118
Q13	0 (0%)	35 (100%)	8 (22,9%)	27 (77,1%)	6,915	0,009
Q14	0 (0%)	35 (100%)	0 (0%)	35 (100%)	---	1,000
Q15	0 (0%)	35 (100%)	0 (0%)	35 (100%)	---	1,000
Q16	0 (0%)	35 (100%)	1 (2,9%)	34 (97,1%)	0,000	1,000
Q17	2 (5,7%)	33 (94,3%)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	0,182	0,669
Q18	3 (8,6%)	32 (91,4%)	5 (14,3%)	30 (85,7%)	0,141	0,707
Q19	0 (0%)	35 (100%)	1 (2,9%)	34 (97,1%)	0,000	1,000
Q20	2 (5,7%)	33 (94,3%)	6 (17,1%)	29 (82,9%)	1,270	0,260
Q21	1 (2,9%)	34 (97,1%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	0,000	1,000
Q22	1 (2,9%)	34 (97,1%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	0,000	1,000
Q23	1 (2,9%)	34 (97,1%)	0 (0%)	35 (100%)	0,000	1,000
Q24	0 (0%)	35 (100%)	0 (0%)	35 (100%)	---	1,000
Q25	0 (0%)	35 (100%)	1 (2,9%)	34 (97,1%)	0,000	1,000
Q26	14 (40,0%)	31 (60,0%)	22 (62,9%)	13 (37,1%)	2,802	0,094

(*) Qui-quadrado com correção de continuidade.

Comparadas individualmente cada uma das 34 questões do BSQ, apenas a questão **“A preocupação com seu físico faz você sentir que deveria fazer exercícios?”** teve resultado estatisticamente significativo, onde 80% das mães do grupo-estudo responderam “infrequente” e as repostas “infrequente” das mães do grupo-controle foi de 42,9% (p= 0, 003) (Tabela 6).

Tabela 6- Comparação das respostas as perguntas do BSQ das mães dos grupos-estudo e controle. São Paulo, 2008.

	Grupo Estudo (n=35)		Grupo Controle (n=35)		χ^2	p.
	Frequente	Infrequente	Frequente	Infrequente		
Q1	2 (5,7%)	33 (94,3%)	8 (22,9%)	27 (77,1%)	2,917	0,088
Q2	5 (14,3%)	30 (85,7%)	11 (31,4%)	24 (68,6%)	2,025	0,155
Q3	4 (11,4%)	31 (88,6%)	3 (8,6%)	32 (91,4%)	0,000	1,000
Q4	6 (17,1%)	29 (82,9%)	11 (31,4%)	24 (68,6%)	1,243	0,265
Q5	6 (17,1%)	29 (82,9%)	9 (25,7%)	26 (74,3%)	0,339	0,560
Q6	4 (11,4%)	31 (88,6%)	7 (20,0%)	28 (80,0%)	0,431	0,511
Q7	1 (2,9%)	34 (97,1%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	0,000	1,000
Q8	0 (0%)	35 (100%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	0,515	0,473
Q9	6 (17,1%)	29 (82,9%)	3 (8,6%)	32 (91,4%)	0,510	0,475
Q10	2 (5,7%)	33 (94,3%)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	0,182	0,669
Q11	0 (0%)	35 (100%)	3 (8,6%)	32 (91,4%)	1,393	0,238
Q12	1 (2,9%)	34 (97,1%)	7 (20,0%)	28 (80,0%)	3,528	0,060
Q13	0 (0%)	35 (100%)	1 (2,9%)	34 (97,1%)	0,000	1,000
Q14	7 (20,0%)	28 (80,0%)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	0,431	0,511
Q15	7 (20,0%)	28 (80,0%)	9 (25,7%)	26 (74,3%)	0,081	0,776
Q16	6 (17,1%)	29 (82,9%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	1,270	0,260
Q17	2 (5,7%)	33 (94,3%)	7 (20,0%)	28 (80,0%)	2,040	0,153
Q18	1 (2,9%)	34 (97,1%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	0,000	1,000
Q19	2 (5,7%)	33 (94,3%)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	0,182	0,669
Q20	1 (2,9%)	34 (97,1%)	5 (14,3%)	30 (85,7%)	1,641	0,200
Q21	3 (8,6%)	32 (91,4%)	11 (31,4%)	24 (68,6%)	4,375	0,036
Q22	6 (17,1%)	29 (82,9%)	10 (28,6%)	25 (71,4%)	0,729	0,393
Q23	6 (17,1%)	29 (82,9%)	9 (25,7%)	26 (74,3%)	0,339	0,560
Q24	5 (14,3%)	30 (85,7%)	12 (34,3%)	23 (65,7%)	2,797	0,094
Q25	0 (0%)	35 (100%)	1 (2,9%)	34 (97,1%)	0,000	1,000
Q26	0 (0%)	35 (100%)	0 (0%)	35 (100%)	---	1,000
Q27	1 (2,9%)	34 (97,1%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	1,000	1,000
Q28	8 (22,8%)	27 (77,1%)	10 (28,6%)	25 (71,4%)	0,075	0,784
Q29	5 (14,3%)	30 (85,7%)	6 (17,1%)	29 (82,9%)	0,000	1,000
Q30	3 (8,6%)	32 (91,4%)	4 (11,4%)	31 (88,6%)	0,000	1,000
Q31	3 (8,6%)	32 (91,4%)	1 (2,9%)	34 (97,1%)	0,265	0,607
Q32	1 (2,9%)	34 (97,1%)	2 (5,7%)	33 (94,3%)	0,000	1,000
Q33	4 (11,4%)	31 (88,6%)	10 (28,6%)	25 (71,4%)	2,232	0,135
Q34	7 (20,0%)	28 (80,0%)	20 (57,1%)	15 (42,9%)	8,682	0,003

(*) Qui-quadrado com correção de continuidade.

7-DISCUSSAO

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo realizado no Brasil e um dos primeiros estudos internacionais a investigar a insatisfação e as atitudes alimentares, nas mães das pacientes com TAs.

Um dos achados das variáveis demográficas, que merece destaque, é a alta taxa de escolaridade apresentada em ambos os grupos, especialmente no grupo de mães das pacientes (curso superior, 54%), considerando que no Brasil somente cerca de 30% das mulheres da população têm mais de 15 anos de educação formal (IBGE, 2000). Este dado fica mais relevante, se lembrarmos que o ambulatório do PROTAD funciona num hospital público universitário, com atenção basicamente orientada à população carente de recursos.

Com respeito à classe social, nossos dados mostram que grande parte das mães pertence às classes A e B (renda familiar média entre 1.669,00 e 7.793,00 reais; ANEP, 2000). Estes dados coincidem com estudos como o de Mc Clelland & Crisp (2001), que têm mostrado que mesmo com o incremento da proporção de pacientes de classes sociais mais baixas, ainda é mais freqüente a presença de AN. e outros TAs nas classes mais altas. Estes autores fizeram um estudo retrospectivo de todas as pacientes com AN. atendidas desde 1960 até 1993, em um hospital inglês. Constataram que a maioria das pacientes

– 67,5% – era de classe social alta; 21,6% de classe média; e 10,8% pertenciam a classes sociais mais baixas.

Outro dado demográfico interessante, e o único que apresentou diferença estatística significativa entre os grupos, foi a média de idade: $\pm 44,68$ anos, mães das pacientes e $\pm 40,68$ anos, mães do grupo-controle ($p=0,002$). Um dos trabalhos que relacionou a imagem corporal (IC) das pacientes, com o funcionamento familiar (Bennighoven et al., 2007), mostrou média de idade das mães como sendo de 48,7 anos –filhas com AN. – e 46,9 anos – filhas com BN. Garcia de Amusquibar & de Simone (2003), comparando características das mães de pacientes com TAs que buscaram atendimento em um hospital público, apontam idade média das mães como sendo de 51,6 anos e de 47,3 anos para as mães do grupo-controle. Porém, os dados da idade materna são difíceis de serem comparados com outros estudos, porque a maioria das pesquisas sobre IC utiliza populações jovens, adolescentes e universitárias, sendo raros os trabalhos específicos de avaliação da IC, nas mães dos pacientes com TAs.

Observando os resultados sobre a insatisfação corporal do nosso estudo, onde não se encontrou diferença entre os dois grupos de mães, uma das possíveis explicações poderia ser o fato das mães estarem numa faixa etária acima de 40 anos quando chegaram ao ambulatório com suas filhas, o que poderia fazer com que a percepção do corpo e as questões da IC já tivessem alcançado um patamar de

estabilidade. Tiggemann & Stevens (1999), ao estudar uma população feminina entre 18 e 60 anos, apontaram que as preocupações com o peso e com o corpo eram muito freqüentes, independente da faixa etária, porém, haveria uma diminuição significativa nessas preocupações a partir dos 40 anos. Uma das explicações possíveis, segundo as autoras, seria o fato de que estas mulheres já não se sentiam tão jovens, para tentar ser atrativas para o sexo oposto.

Posteriormente, Tiggemann (2004), revisando estudos sobre IC de mulheres na fase adulta da vida, encontrou dados mostrando que a importância do peso e a forma corporal, assim como com a própria aparência, diminuiriam com o envelhecimento. Paquette & Raine (2004) investigaram como o contexto sócio-cultural e pessoal poderia influenciar a IC de mulheres sem TAs. A amostra composta de mulheres na faixa etária entre 21 e 61 anos evidenciou que se algumas mulheres reconheceram a influência de fatores sócio-culturais na IC, outras relacionaram a aceitação do corpo como algo vinculado ao crescimento e amadurecimento pessoal. Assim, o peso e a IC podem ter diferentes significados nas diferentes idades e nas diferentes fases da vida das mulheres.

As mudanças culturais atuais, com a valorização do corpo jovem, o aumento de casos de TAs de início tardio (Joughin et al., 1991; Inagaki et al., 2002; Kimura et al., 2007); o aumento do número de divórcios e separações, levando mulheres depois dos 40 anos a buscar

novos parceiros; e a emancipação profissional das mulheres, exigindo a manutenção de uma imagem de juventude, poderão fazer com que esses dados mudem.

Nossos achados sobre a insatisfação corporal não foram estatisticamente significativos, provavelmente pelo tamanho da amostra, porém, estudos com populações maiores poderiam elucidar melhor estes resultados. Também deve ser levado em conta, que não é possível saber como era a insatisfação corporal destas mães quando jovens, uma vez que se trata de um estudo transversal; assim não se pode afirmar ou rejeitar a possibilidade da IC ser diferente antes dos 40 anos, ou ainda, que tenha mudado com o passar do tempo.

Quando comparamos os dois grupos de mães, subdividindo o grupo experimental segundo o diagnóstico das filhas, o subgrupo de mães das pacientes com diagnóstico de AN. (n=21) mostrou uma tendência maior à insatisfação com o corpo, do que as mães com filhas com diagnóstico de BN. ou TANE, ou das mães do grupo-controle. Esta tendência não pode ser comparada com dados da literatura.

Os estudos encontrados comparam IC entre mães e filhas (diferente do nosso estudo onde a comparação da IC foi feita entre as mães das pacientes e as mães do grupo controle), como o de Benninghoven et al. (2007), que estudaram IC das pacientes com TAs e suas mães, e apontam que não houve diferença estatística na insatisfação corporal nos grupos de mães e filhas estudados, porém,

que mães de pacientes anoréxicas estavam mais insatisfeitas com o corpo da filha, do que as mães das filhas com BN. e /ou TANE.

A sintomatologia alimentar avaliada através do EAT-26 das mães do estudo , quando comparada à das mães do grupo-controle, não apresentou diferença estatística. Do ponto de vista teórico a importância do rastreamento de sintomas alimentares nas mães das pacientes com TA, estaria relacionada com os aspectos do vínculo mãe-filha, no que se refere à possível influência materna no desenvolvimento destes transtornos. Críticas e mensagens negativas advindas das mães encorajariam as filhas a restringirem o alimento, assim como o papel de modelo exercido pelas mães, também influenciaria (Pike & Rodin, 1991; Byely et al. 2000; Cooley et al., 2008).

Claro está que, ao pensar no papel de modelo que a mãe exerce sobre a filha (*modeling*), devemos considerar que a relação mãe-filha é mais complexa e levar em conta a importância do papel materno na transmissão de valores culturais, inclusive relativos ao peso, forma e aparência corporal das filhas (Hill & Franklin, 1998). Mães de pacientes com TAs tendem a ser mais críticas e preocupadas com relação ao peso de suas filhas, incentivando-as a fazer dieta, mais do que as mães de filhas sem TAs (Gowers & Shore, 2001). Ricciardelli & McCabe (2001) afirmam que a pressão para perder peso, exercida pela mãe, é o principal fator preditivo de insatisfação corporal e do

engajamento em estratégias para modificar o corpo, em adolescentes de ambos os sexos.

Nossos achados sobre sintomatologia alimentar, de 2,9% no grupo-estudo e de 8,6% no grupo-controle, são diferentes aos encontrados em estudos de sintomatologia alimentar medida pelo EAT. Staples et al. (2003), num estudo com 200 jovens universitários americanos de ambos sexos, encontraram 17,1% das mulheres que apresentaram pontuações $\geq$ 20 no EAT e 4,7% de homens. Garcia de Amusquibar & de Simone (2003), numa pesquisa das características das mães (n=50) de pacientes com TAs, encontrou 12% de respostas $>$ 20 no EAT nas mães do estudo, e 10% no grupo-controle. Os achados epidemiológicos do estudo de Nunes et al. (2001) detectaram que 16,6% da amostra estudada de 513 mulheres, de 12 a 29 anos da zona urbana de Porto Alegre, apresentaram sintomatologia alimentar. Fiates & Salles, num estudo com universitárias brasileiras, aplicaram o EAT em 221 mulheres estudantes de nutrição e de outras áreas não relacionadas à saúde. Os resultados indicaram que 22,17% das estudantes apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento de TA. Alves et al. (2008), numa pesquisa com 1.148 estudantes do sexo feminino entre 10 e 19 anos de escolas públicas e particulares de Florianópolis, SC, mostraram uma prevalência de sintomas alimentares (medidas pelo EAT) de 15,6%.

Apesar de essas pesquisas terem sido feitas com populações diferentes da amostra do nosso estudo, é interessante notar que em todos, a porcentagem de sintomas alimentares discriminados pelo EAT é superior a 10%. Possivelmente, o tamanho da amostra e as prováveis dificuldades das mães do estudo, em responderem aos questionários, tenham influenciado os nossos achados.

Embora os resultados sobre insatisfação corporal e sintomas alimentares não apresentassem diferenças estatísticas, algumas correlações foram encontradas:

- 1- Somente no grupo-controle, as mães mostraram que quanto maior o IMC, maior a insatisfação corporal apresentada quando esta foi medida pelo BSQ.
- 2- Quando utilizada a escala de Stunkard, os dados apontaram que quanto maior o IMC, maior a insatisfação corporal apresentada, mas neste caso isto foi um dado encontrado nos dois grupos de mães.

Como podemos observar, há uma divergência nos achados quando a insatisfação corporal é medida pelo BSQ, ou pela escala de Stunkard, que poderia ser atribuída a sensibilidades diferentes dos procedimentos utilizados. Uma tentativa de interpretação das diferenças encontradas pode ser feita analisando o BSQ, que sendo um questionário de perguntas diretas mais explícitas, pode ser mais facilmente controlado pelas mães. Em contrapartida, a escala de Stunkard, pela sua estrutura de imagens, talvez seja mais difícil de

controlar. A escala de Stunkard mede percepção corporal e o BSQ cognições e atitudes, ou seja, escalas medindo diferentes componentes da IC poderiam mostrar resultados diferentes quando utilizadas na avaliação da insatisfação corporal.

A estratégia que permite lidar com este tipo de problemas de avaliação é incluir várias escalas que mensurem aspectos diferentes ligados à IC, aliados ao uso de populações distintas no que se refere à cultura, género, e classe social (Thompson, 2004). Há várias escalas disponíveis para avaliar a IC e alguns cuidados na utilização dos instrumentos, como: ser específico na classificação da dimensão da IC que se pretende investigar, ou a seleção de instrumentos com validação e reprodutibilidade específicos para a amostra, o que poderia ajudar a minimizar essas diferenças (Conti, 2007). A complementação das escalas permitiria integrar os aspectos e componentes perceptivos e subjetivos, que fazem parte da estruturação da IC.

O IMC é um forte índice de predição de insatisfação corporal e indivíduos com IMC alto tendem a ter uma IC negativa, representada por uma maior insatisfação corporal, quando comparados a indivíduos mais magros (Vander Wal & Thelen, 2000; Cash & Pruzinsky, 2002; Neighbors & Sobal, 2007). No contexto da “cultura do corpo magro”, este poderia ser um fator objetivo que justificaria a insatisfação. A correlação encontrada entre IMC elevado e maior insatisfação corporal parece concordar com pesquisas sobre a IC nas mulheres, onde,

incluindo os fatores sociais, prevaleceria o estereótipo de ser magra como algo desejado e valorizado pela população feminina, e conseqüentemente, quanto maior o peso, maior é a insatisfação corporal (McLaren & Khun, 2003; Paquette & Raine, 2004).

3- Há correlação entre a insatisfação corporal e os sintomas alimentares comuns aos dois grupos estudados, sugerindo que quanto maior a insatisfação corporal, maiores as possibilidades de fatores de risco para desenvolvimento de TAs. Embora a insatisfação ou distorção da imagem corporal possa estar presente em outros quadros psiquiátricos, como transtorno dismórfico corporal, delírios somáticos, transexualismo, depressão, esquizofrenia e obesidade, são nos transtornos alimentares que seu papel sintomatológico e prognóstico é mais relevante. (Saikali et al., 2004).

Comparadas individualmente, cada uma das questões do EAT (Tabela 5) evidenciou uma diferença estatística significativa entre os dois grupos, a afirmação **“Quando faço exercício, penso em queimar calorias”**, onde as mães das pacientes – 77,1% – responderam ‘infreqüente’ e no grupo-controle a resposta ‘infreqüente’ foi de 48,6% ($p=0,026$). Outra questão que teve diferença estatística significativa foi **“Sei quantas calorias como”**, onde 100% das mães responderam ‘infreqüente’ e 77% de respostas ‘infreqüente’ foram das mães do grupo-controle ($p=0.009$).

Quando a mesma análise foi realizada com o questionário BSQ (Tabela 6), apenas a questão **“A preocupação com seu aspecto físico faz você sentir que deveria fazer exercício”** teve resultado estatisticamente significativo, porque 80% das mães responderam ‘infreqüente’ e no grupo-controle, 42,9% ($p=0,003$).

A busca pela magreza não se resume a restringir alimentos ou fazer dietas; a prática de atividade física pode ser feita exclusivamente para perder peso e as respostas das mães, especialmente do grupo-controle, podem estar apontando isso.

Os dados encontrados são semelhantes aos de Fiates & Salles (2001), que buscaram identificar fatores de risco para desenvolvimento de TAs. As autoras aplicaram o EAT em 221 universitárias (entre 19-25 anos) de Santa Catarina e foram tabuladas as respostas positivas encontradas com maior freqüência. Os resultados apontaram que o desejo de ser magra e a atividade física com objetivo de perder peso foram as respostas mais freqüentes no grupo de alunas e no grupo-controle.

Assunção et al. (2001), num estudo sobre atividade física e TAs, apontam que numa amostra de 47 indivíduos, 63% relataram que fazer exercício físico tinha como objetivo perder peso; 60,5% para manter ou melhorar a forma física; e apenas 26,3% para manter ou melhorar a saúde e que, preocupações com peso e imagem corporal precederam o início das atividades físicas.

Analizamos, em separado, as repostas que tiveram pontuação alta no EAT, e algumas respostas das mães dos dois grupos merecem alguma reflexão, como por exemplo:

Quadro 1- Comparação das repostas do EAT $\geq$ com BSQ, Stunkard e IMC do grupo-estudo

Mãe nº	EAT	BSQ	Stunkard	Costuma fazer dieta?	IMC
14	20	Nenhuma	0	Nunca	19,34
31	30	Grave	3	Nunca	24,25
32	20	Nenhuma	1	Sempre	25,29

Quadro 2- Comparação das repostas do EAT $\geq$ com BSQ, Stunkard e IMC do grupo-controle

Mãe nº	EAT	BSQ	Stunkard	Costuma fazer dieta?	IMC
10	20	Nenhuma	1	Muito Freqüente	22,66
23	40	Moderada	1	Sempre	21,64
36	20	Nenhuma	2	Sempre	25,37
50	21	Nenhuma	0	Nunca	21,88
74	23	Leve	2	Sempre	29,43

Mesmo sem significância estatística, algumas questões tiveram repostas curiosas. Por exemplo, mães com insatisfação corporal grave e IMC > que 25 (IMC 18,5 a 24,9 kg/m² normal ou

eutrófico, Who, 1995) responderam que “nunca” fazem dieta. Estes dados chamam atenção, porque insatisfação corporal é motivação inicial para a prática de dietas restritivas, que surgem com o objetivo de redução de peso (Alvarenga, 1997). Garcia de Ambusquibar & de Simone (2003), no estudo de algumas características maternas de mães de pacientes com TAs, encontraram 68% (n=50) de mães que tinham feito dieta pelo menos uma vez na vida. O significado atribuído ao peso corporal e à cultura da “magreza” tem levado as mulheres a fazerem dieta em algum momento da vida. A discrepância entre o peso real e o ideal leva a um estado de constante insatisfação com o próprio corpo e as dietas para perder peso tornam-se extremamente freqüentes (Nunes et al., 2001).

Para discutir mais detalhadamente os resultados, devemos levar em conta que nosso estudo apresenta algumas limitações importantes, a começar pelo tamanho da amostra que pode ter diminuído o poder estatístico para detectar interações significativas. Devemos lembrar que o PROTAD é o único centro especializado no atendimento de crianças e adolescentes com TA do Brasil. Desde o início das atividades do PROTAD, 80 pacientes e suas famílias foram atendidas, o que nos permitiu o estudo de 35 mães. As mães dos pacientes do sexo masculino (7) foram excluídas da pesquisa, devido à baixa prevalência destes transtornos nos homens (relação homem-mulher é de 1:6 a 1:10) (APA, 2006). Porém, é importante ressaltar que

todas as mães das pacientes aceitaram participar do estudo, assim como a resposta de participação das mães do grupo-controle também foi significativa.

Ainda em relação à amostra, uma questão metodológica deve ser levada em conta. Os questionários e as escalas foram aplicados no começo do tratamento das pacientes, quando as mães chegavam ao ambulatório com filhas doentes e com sentimentos ambíguos, quanto a suas responsabilidades na doença. Este aspecto pode ter interferido nas respostas, pelos prováveis sentimentos de culpa e medo apresentados pelas famílias nos primeiros momentos do tratamento. O sentimento de culpa da família, especialmente da mãe, é geralmente muito intenso e acompanhado de profunda angústia e sensação de impotência, pois a função básica familiar de alimentar o filho não parece ter sido cumprida (Cobelo, 2004).

Outro dado que pode ter influenciado as respostas é o fato de que as mães que participavam dos atendimentos médicos e nutricionais das pacientes poderiam ter medo de serem responsabilizadas pela doença das filhas, pelos profissionais da equipe. A ausência de dados epidemiológicos brasileiros sobre insatisfação corporal nas mães de pacientes com TAs e na população geral, não permitiu comparar os achados do nosso estudo e pode ser considerado como outra limitação.

Com base nos achados, pensamos que no processo de triagem e entrevistas diagnósticas iniciais dos novos pacientes no ambulatório, além das entrevistas familiares que já são realizadas, seria importante fazer entrevistas individuais com as mães das pacientes. Os dados coletados poderiam ser acrescentados ao material diagnóstico obtido com os pacientes, para enriquecer as discussões da equipe. Ajudaria também, o desenho de estratégias terapêuticas a serem abordadas em cada caso, pois permitiria perceber a necessidade de fazer encaminhamentos de tratamento vincular mãe-filha ou individual, e incluir as mães no tratamento das filhas, de forma mais eficaz.

Apesar das limitações do estudo, acreditamos que pelo ineditismo da pesquisa sobre o tema no país, assim como pela importância do estudo da relação mãe-filha no tratamento dos TAs, este pode ser o primeiro passo para futuras pesquisas que aprofundem e expandam a temática do estudo da IC e dos sintomas alimentares nas mães das pacientes, especialmente adolescentes com TAs.

Prevenção de atitudes e comportamentos inadequados é de extrema importância nas questões da IC e nos TAs em si. Com base nos dados resultantes do estudo, podemos perceber que a investigação da sintomatologia alimentar, assim como da IC nas mães das pacientes com TAs, pode ser de importância para o tratamento, assim como para as intervenções e para os programas de prevenção.

8 - CONCLUSÕES:

8-1 Mães de pacientes adolescentes do sexo feminino, com TAs, não apresentaram níveis de insatisfação corporal, diferentes das encontradas em mães de filhas adolescentes, sem TAs.

8-2 Mães de adolescentes do sexo feminino, com TAs, não apresentaram sintomatologia alimentar, medida pelo EAT, diferente do das mães de filhas adolescentes, sem TAs.

8-3 Existe uma correlação entre o IMC apresentado pelas mães dos dois grupos estudados e a insatisfação corporal, mostrando que quanto maior o IMC, maior a insatisfação com o corpo.

8-4 Existe uma correlação entre a insatisfação corporal e a sintomatologia alimentar medida pelo EAT, comum aos dois grupos estudados, sugerindo que quanto maior a insatisfação corporal, maior a probabilidade de apresentar sintomas alimentares.

8-5 As respostas incompatíveis ou diferentes entre dois instrumentos que avaliam a insatisfação corporal, como BSQ e Stunkard, podem sugerir sensibilidades diferentes dos instrumentos.

8-6 Questiona-se o risco de não obter respostas fidedignas das mães de pacientes com TAs, pelo temor de no início do tratamento sentirem-se comprometidas com a doença das filhas.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 1971 p. 110-125.

Abuchaim ALG. Aspectos históricos da anorexia e da bulimia nervosa. In: Nunes M. A, Appolinario JC, Abuchaim ALG, Coutinho W e cols. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.13-20.

Almeida GAN, Santos JE, Pasian SR, Loureiro SR. Percepção do tamanho e a forma corporal de mulheres: estudo exploratório. Psicol. Estud. 2005; 1(10): 27-35.

Alvarenga MS. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: aspectos nutricionais [dissertação de mestrado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Alves E, Vasconcelos F de A, Calco MC, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal entre adolescentes de Florianópolis, SC, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(3): 503-12.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) 4. ed. Washington DC: 1994.

American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Am J Psychiatry 2000; 1:157.

American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Third edition, Psychiatric Practice section of the APA 2006.

Andrade de C D. Corpo, novos poemas. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2007. p. 13-15.

Angel CMA. Anorexia Nervosa de inicio en la niñez. In: Moreno LR, Cava G Anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas; 2003.18:289-303.

Aranda FF, Gil VT. Complicaciones físicas de los trastornos de alimentación. In: Aranda FF, Gil VT. Trastornos de la alimentación Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Editora Masson; 1998. p. 37-49.

Associação Nacional de Empresas de Pesquisas (ANEP), 2000.
www.anep.org.br

Assunção SSM. Dismorfia muscular. Rev. Bras. Psiquiatria 2002; 24 (3): 2-6.

Assunção SSM, Cordás TA, Araújo L – Atividade física e transtornos alimentares Rev Psiquiatr Clinica 2002; 29(1): 4 - 13.

Benninghoven D, Testch N, Kunzendorf S, Jantschek G. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. Compr. Psychiatry 2007; 48: 118-123.

Bidaud E. Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 1998. p. 79-83.

Binswanger L. The case of Ellen West: An anthropological – clinical study In R. May, E. Angel, H Ellenberger (Eds.) Existence: A new dimension in psychiatry and psychology. New York: Basic Books; 1945. p. 237-364.

Borzekowski DLG, Bayer MHS. Body Image and Media, use among adolescents. Adolescent Medicine Clinics 2005; 16:289-313.

Branco LM, Hilária MOE, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. Rev Psiquiatr Clín 2006; 33(6): 292-296.

Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psych. Med. 1962; 24: 187-194.

Bruch H. Eating disorders obesity, anorexia nervosa and person within. New York: Basic Books; 1973.

Bruch H. The golden cage: the enigma of anorexia. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichstenstein P, Pedersen N. Prevalence, Heritability and prospective risk factors for Anorexia Nervosa. Arch Gen Psychiatry 2006; 3:305-312.

Bryant-Waugh R, Lask B. Childhood Onset Eating Disorders. In: Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook. Fairburn C, Brownell K New York: The Guilford Press; 2000. p.210-214.

Byely L, Archibald AB, Graber J, Brooks-Gunn JA. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *J Eat Disord.* 2000; 28(2): 155-64.

Cash TF, Pruzinsky T. *Body Images, development, deviance, and change.* New York: Guilford Press; 1990.

Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body image disturbances. In: *anorexia and bulimia nervosa: a meta-analysis.* *J Eat Disord.* 1997; 22: 107-125.

Castilho SM. *Imagem corporal nos transtornos alimentares: aspectos clínicos e psicopatológicos.* [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.

Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente. (CFTMEA-R-2000). *Transtornos de la conducta alimentaria.* Buenos Aires: Polemos; 2004. p. 85-87.

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

Cobelo A. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In: Alvarenga M, Philippi S. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Editora Manole; 2004. p. 119-129.

Conti MA. A imagem corporal de adolescentes: validação e reprodutibilidade de instrumentos [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2007.

Cooke R, Sawyer SM. Eating disorders in adolescence. An approach to diagnosis and management. Aust Fam Physician 2004; 33(1-2):27-31.

Cooley E, Toray T, Wang MC, Valdez N. Maternal effects on daughters eating pathology and body image. Eat Behav 2008; 9:52-61.

Cooper PJ, Taylor MJ Cooper Z, Fairburns CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. J Eat Disord 1987; 6:485-94.

Cordás TA. Fome de Cão, Quando o medo de ficar gordo vira doença: Anorexia, Bulimia, Obesidade. São Paulo: Editora Maltese; 1993. p.17-27.

Cordás TA. Bulimia nervosa: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Lemos; 1998.

Cordás TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares
Instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. Psiquiat. Biol.
1994; 2: 17-21.

Cordás TA, Neves JE. Escala de avaliação de Transtornos Alimentares.
In: Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia
Gorestein C, Andrade LHSG, Zuardi AWQ São Paulo: Editorial Lemos;
2000. p.345-353.

Critchley M. The Parietal Lobes London, 1953. apud in: Cash T.F.;
Pruzinsky T. Body Images, development, deviance, and change. New
York: Guilford Press; 1990. p.4.

Currin L, Schimdt U, Treasure J, Jick H. Times trends in eating
disorders incidence. Brit J Psychiatry. 2005; 186:132-5.

Dare C, Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. In: Garner D,
Garfinkel P. Handbook of treatment for eating disorders. New York: The
Guilford Press; 1997. p. 307-324.

Distorção In: Grande dicionário Larousse Cultural da língua portuguesa.
São Paulo: Nova Cultura; 1999. p.330.

Distúrbio In: Grande dicionário Larousse Cultural da língua portuguesa.
São Paulo: Nova Cultura; 1999. p.330.

Dolto F. La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós;
1984. p. 17-30.

Doyle J, Bryant-Waugh R. Epidemiology In: Doyle J, Bryant-Waugh R.
Anorexia Nervosa and related eating disorders in childhood and
adolescence UK: Psychology Press; 2000; 4:41-61.

Eisler I. Multifamily therapy in anorexia nervosa. J Fam Therapy 2005;
27(2): 104-131.

Elfhag K, Linne Y. Gender differences in associations of eating
pathology between mothers and their adolescent offspring. Obes Res
2005; 13(6):1070-6.

Erikson E. Childhood and Society New York: W.W. Norton; 1950.

Fairburn C. ¿Qué es un atracón? In: Fairburn C. La superación de los atracones de comida. Buenos Aires: Paidós; 1998. p. 19-41.

Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Rev Nutr 2001;14:3-6.

Freitas S, Gorestein C, Appolinario JC. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr 2002;24:34-38.

Garcia de Amusquibar AM , De Simone DJ. Some features of mothers of patients with eating disorders. Eat Weight Disord. 2003; 8 (3):225-30.

Gardner RM, Friedman BN, Jackson NA Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. Percept Mot Skills 1998; 387-395.

Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptom of Anorexia Nervosa. Psychol Med 1979; 9: 273-279.

Gil A, Castro J, Cesena J, Toro J. Anorexia Nervosa in male adolescents: Body Image, eating attitudes and psychological traits. J Adolesc Health 2005; 3(3) :221-226.

Giordani RCF. Auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem da sociologia Psicol Soc 2006; 18(2): 81-88.

Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. Br J Psychiatry 2001;179:236-42.

Gual P, Perez-Gaspar M, Martinez-Gonzalez MA, Lahortiga F, de Irala-Estevez M, Cervera-Enguix S. Self-esteem, personality, and eating disorders. Int J Eat Disord 2002; 31:261-273.

Guelar D, Crispo R. Adolescencia y trastornos del comer Barcelona: Gedisa; 2000. p. 33-49.

Hawley R. The outcome of anorexia nervosa in younger subjects. Br J Psychiatry 1985; 146:657-660.

Heinberg LJ, Thompson JK. Body Image. In: by Wonderlich.S; Mitchell, J Zwaan, M; Steiger, H. An Rev Eating Dis. Academy for Eating Disorders 2006; p. 81-95.

Hill Aj, Franklin JA. Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. Br J Clin Psychol 1998; 37: 3-13.

Hochgraf PB. Aspectos Clínicos dos Transtornos Alimentares In: Bucarety et al. Anorexia & Bulimia nervosa - Uma visão multidisciplinar-. Sao Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 2003. p.57-79.

Hsu, LKG. Epidemiology of the Eating Disorders. Psychiatr Clin North Am 1996; 4:19.

Inagaki T, Horiguchi J, Tsubouchi K, Miyaoka T, Uegaki J, Seno H. Late onset anorexia nervosa: two case reports. Int J Psychiatry Med. 2002; 32:91-5

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico - Educação: resultados da amostra Rio de Janeiro: Ministerio do Planejamento Orçamento e Gestão; 2000.

Jacobs B W, Isaacs S. Pre-pubertal anorexia nervosa: A retrospective controlled study. J Child Psychol Psychiatr 1986; 27:237-250.

Joughin NA, Crisp AH, Gowers SG, Bhat Av. The clinical features of late onset anorexia nervosa. Postgrad Med J. 1991; 67:973-7

Kimura H, Tonoike T, Muroya T, Yoshida K, Ozaki N. Age of onset has limited association with body mass index at time of presentation for

anorexia nervosa: comparison of peak-onset and late-onset anorexia nervosa groups. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007; 61(6):646-50.

Kjelsas E, Bjornstrom C, Gotestam KG. Prevalence of eating disorders. In: female and male adolescent (14-15 years). *Eat Behav* 2004; 5:13-25.

Klein D, Walsh T. Eating Disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav* 2004; 81:359-374.

Krautter T, Lock J. Is manualized family therapy for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment. *J Fam Therapy* 2004; 1:66-82.

Labanca R. Historia de la Anorexia Nerviosa. In: Lofrano V, Labanca R, et col. *Anorexias y Bulimias*. Buenos Aires: Fundatip; 1995. p. 9-21.

Lask B, Bryant-Waugh R. *Anorexia Nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. UK (London): Psychology Press; 2000.

Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord* 1991;10:81-89.

Lemes SO, Valverde MA, Fisberg M, Perez IP , Franques A. Percepção da imagem corporal em adultos (obesos e sobrepeso) do Spa Médico Sao Pedro /Sorocaba –SP, A Folha Médica 2001;4:229-234.

Le Grange D. Family issues and eating disorders. In: Wonderlich S, Mitchell S, Zwaan M, Steiger H. Eating disorders review. Oxford-Seattle: Radcliff Publishing; 2005. p.15-25.

Lock J, Le Grange D, Agras SW, Dare C. Treatment manual for anorexia nervosa. New York: The Guilford Press; 2001.

Lofrano V, Labanca R, Lofrano de ALM, Aguero M, Bielsa E, Di Rienzo N, et al. Anorexias y Bulimias. Buenos Aires: Fundatip; 1995.

Lowes J, Tiggemann M. Body dissatisfaction dieting awareness and the impact of parent influence in young children. Brit J Health Psychol 2003; 8(2):135-47.

Mc Clelland L, Crisp A. Anorexia Nervosa and social class. Int J Eat Disord 2001;29 :150-156.

Mc Laren L, Khu D. Women's body dissatisfaction, social class, and social mobility. Soc Sci Med 2004; 58(9): 1575-1584.

Morgan MC, Azevedo MCA. Aspectos Socioculturais In: Nunes MA, Appolinario JC, Abuchaim ALG, Coutinho W. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artemed; 1998. p.86-97.

Moya T. Criação e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA [dissertação mestrado] São Paulo: Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo; 2004. p.18-22.

Muth JL, Cash TF. Body-image attitudes: What difference does gender make? J of Applied Soc Psychology 1997; 27:1438-52.

Neighbors LA, Sobal J Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. Eat Behav 2007; 8:429- 439.

Nunes MA, Olinto MT, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais Rev. Bras. Psiquiatr 2001; 23(1): 27-7.

Ogden J, Thomas D The role of familial values in understanding the impact of social class on weight concern. Int J Eat Disord 1999; 25:273-279.

Okon DM, Greene AL, Smith JE. Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *J Eat Disord* 2003; 34(4):450-7.

Olivardia R, Pope Jr. Body image disturbance in childhood and adolescence In: *Disorders of Body Image*. G Castle J D, Philips K A. UK: Wrightson biomedical Publishing; 2002. p.83-100.

Oliveira FP, Bosi MLM, Vigário OS, Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Rev Bras Medicina e Esporte* 2003; 9: 348-356.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Medicas; 1993.

Paquette MC, Raine K. Sociocultural context of women's body image. *Soc Sci Med* 2004; 59(5):1047-1058.

Perpiña C, Botella C, Baños RM. Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Valencia: Promolibro; 2000. p.13-21.

Piaget J. Problemas de Psicologia Genética in *Piaget - Os Pensadores* São Paulo: Editora Abril; 1983. p. 235-240.

Pike K, Rodin J. Mothers, Daughters and Disordered Eating. *J Abnorm Psychol* 1991;198-204.

Pinzon V, Gonzaga AP, Cobelo AW, Labaddia E, Belluzo P, Fleitlich-Bilyk B. Peculiaridades do tratamento da anorexia e bulimia nervosa na adolescência: a experiência do Protad. *Rev Psiquiatr Clin* 2004; 31(4):167-170.

Presnell K, Bearman SK, Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *Int J Eat Disord* 2004; 36(4):389-401.

Raimbault G, Eliacheff C. Las indomables - Figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Vision; 1991. p.13-28.

Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(3): 325-44.

Robb AS, Eating Disorders in Children In: *The Psychiatric Clinics of North America, Eating Disorders*. WB Saunders Company; 2001. 24 (2): 259-280.

Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(2):129-30.

Rosen JC. Cognitive behavioral body image therapy. In: Garner D, Garfinkel P. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press; 1997. p.188 -203.

Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescent: Etiology, classification, clinical features and treatment. *Adolesc Med* 2003;14:49-59.

Rovira LB. Anorexia Nerviosa, Curioso no comer para vivir. *Vertex Rev Argentina Psiquiatr* 1990; 2:25-31.

Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429-48.

Russell GFM. The History of Bulimia Nervosa. In: Garner D, Garfinkel P. *Handbok of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press; 1997. p.11-24.

Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfar BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares Rev Psiquiatr Clín 2004;31:164-166.

Sands E R, Wardle J. Internalization of ideal body shapes in 9-12 year-old girls. Int J Eat Disord 2003; 33:193-204.

Scagliusi FB, Alvarenga M, Polacow V O, Cordas TA, Queiroz OKG, Coelho D, Philippi STP, Lancha jr AH. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. Appetite 2006; 47: 77-82.

Schilder P. The image and Appearance of the Human body. New York: International Universities Press; 1950.

Schoebridge P, Gowers SG. Parental high concern and adolescent: onset anorexia nervosa. Br J Psychiatr. 2000 ; 176:132-137.

Schugar G, Kruegar S. Aggressive family communication, weigh gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. Int. J Eat Disord. 1995; 17:23-31.

Schur EA, Sanders M, Steiner H. Body dissatisfaction and dieting in young children. Int J Eat Disord 2000; 27(1):74-82.

Selvini-Palazzoli M. Muchachas anorexicas y bulimicas - La terapia familiar Buenos Aires: Paidós; 1999.

Silverman J. Anorexia Nervosa: Historical Perspective on Treatment. In: Garner D, Garfinkel P. Handbok of Treatment for Eating Disorders. New York: The Guilford Press; 1997. p.3-10.

Smolak L. Body image development in children. In: Cash T, Pruzinsky T. A handbook of theory, research and clinical practice. New York: The Guilford Press; 2002. p.65-73.

Society for Adolescent Medicine. Eating disorders in Adolescents: A position paper of the society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health 1995; 16:476-480.

Staples B, Bravender T. Collegiate disordered eating behaviors: differences between private and public universities. J Adolesc Health 2003; 32: 162.

Stice R, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five-year prospective study. Int J Eat Disord. 1999 ; 25: 375-387.

Thompson K, The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assesment for apllied and research purposes. *Body Image* 2004; 1:7-14.

Tiggemann M, Body Image across the adult life span: stability and change. *Body Image* 2004;1:29-41.

Tiggemann M, Stevens C. Weight concern across the life-span: relationship to self-esteem and feminist identity. *Int J Eat Dis* 1999; 26:103-106.

Toro J, Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Editorial Ariel; 2004. p. 187-213.

Torres AR, Ferrão YA, Miguel EC. Transtorno dismorfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo? *Rev Bras Psiquiatr* 2005 ;27(2): 1-3.

Treasure J. Etiologia de los transtornos de la alimentacion: factores biologicos. In: Rojo L, Cava G. *Anorexia Nervosa*. Barcelona: Ariel Ciências Médicas; 2003. p. 53-64.

Treasure J, Holland A. Genetic factors in eating disorders. In: Szmukler GI, Dare C, Treasure J, Editors. Handbook of eating disorders. Chichester: John Wiley & Sons; 1995. p. 50-57.

Treasure J, Szmukler GL. Medical complications of chronic anorexia nervosa. In: Szmukler GI, Dare C, Treasure J, Editors. Handbook of eating disorders. Chichester: John Wiley & Sons; 1995. p. 197-220.

Vander Wal JS, Thelen MH. Predictors of body image dissatisfaction in elementary-age school girls. *Eat Behav* 2000;1(2):105-122.

Vandereycken W, Probst M. La experiencia corporal en los trastornos de la alimentación: evaluación y tratamiento In: Rojo L, Cava G, editores. *Anorexia Nervosa*. Barcelona: Ariel Ciències Mèdicas; 2003. p.441-448.

Van Furth E F, Van Strien DC, Martina LM, van Son MJ, Hendrickx JJ, Van Engeland H. Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Dis* 1996; 20(1):19-31.

Walsh TB, Garner DM. Diagnostic Issues In: Handbook of Treatment for Eating Disorders Garner DM, Garfinkel PE. New York: The Guilford Press; 1997. 3: 25-33.

Weinberg C. Avaliação crítica da evolução histórica do conceito de anorexia nervosa [Dissertação Mestrado] Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo, 2004.

Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychol Med* 2000; 30:69-77.

World Health Organization. Technical Report Series. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series 854. Geneva;1995

10- ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

**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:

**INSATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM MÃES DE
PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES.**

PESQUISADOR: **ALICIA WEISZ COBELO**

CARGO/FUNÇÃO: PSICOLOGA INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº
CRP06/32252-2

DO HCFMUSP: Ambulim/Protad-Instituto de Psiquiatria **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 : 2 anos

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

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa;

Existem algumas pesquisas sobre anorexia e bulimia nervosa, que mostram o efeito da influencia familiar no surgimento das preocupações sobre imagem corporal e nos hábitos de fazer dietas em mulheres adolescentes. Também tem se estudado a importância do papel da mãe no desenvolvimento e/u a manutenção dos transtornos alimentares. Assim o objetivo desta pesquisa é avaliar a existência de distúrbios de imagem corporal em mães de pacientes adolescentes que tenham diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosa, sendo que este conhecimento permitirá a melhor inclusão da família, principalmente das mães, no tratamento multidisciplinar dos transtornos alimentares.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais;

Para atingir esse objetivo as mães que aceitarem participar da pesquisa serão entrevistadas e responderão a questionários sobre imagem corporal. Todos esses questionários já foram amplamente usados em outros estudos e serão aplicados por profissionais treinados em uma única entrevista.

3. Desconfortos e riscos esperados;

As mães que participarem da pesquisa não passarão por nenhum risco ou desconforto.

4. Benefícios que poderão ser obtidos;

Este estudo é importante, pois teremos informações que nos permitam melhorar o tratamento das pacientes adolescentes com diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosa.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo;

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

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

Em qualquer tempo da pesquisa você terá direito de esclarecer dúvidas e pedir mais informações sobre os questionários que estaremos utilizando

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 em qualquer momento desistir de participar deste estudo

Anexo B- Carta convite

São Paulo, 29 de fevereiro 2008

Prezadas senhoras,

Gostaríamos de convidá-las a participarem de uma pesquisa que será realizada no colégio XXXX com mães de alunas com idade entre 11 e 17 anos.

Este estudo é a tese de mestrado em Ciências da Faculdade de Medicina da USP, de uma psicanalista que trabalha há vários anos com pacientes com distúrbios alimentares (anorexia, bulimia, obesidade mórbida etc.).

A pesquisadora está estudando algumas características das mães destas jovens e levantando hipóteses que possam auxiliar na prevenção e tratamento destes distúrbios. Para isto ela precisa comparar um grupo de mães de pacientes com um grupo de mães de meninas entre 11 e 17 anos saudáveis, ou seja, que não tenham distúrbios alimentares (vocês).

O nome de vocês constará apenas nos termos de consentimento por motivos legais. No banco de dados, apresentação de dados, análise ou quaisquer outras análises derivadas desta tese, serão **anônimos**.

Todas as perguntas referem-se a vocês mães e não as suas filhas.

O preenchimento de todos os questionários é através de múltipla escolha. Apenas o termo de consentimento livre e esclarecido precisa de respostas cursivas.

Em cada envelope vocês acharão:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
2. Questionário Sócio-econômico
3. Questionário de Dados Sócio-demográficos (neste item você deverá colocar o seu nome, peso e altura, além do peso e altura de suas filhas).
4. Questionário de Imagem Corporal
5. Teste de Atitudes Alimentares

6. Escala de Silhuetas

POR FAVOR, RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES.

Complete estes questionários sozinha, assim se sentirá mais a vontade para completá-lo. Lembre-se: não existem respostas certas ou erradas!

POR FAVOR, DEVOLVA OS QUESTIONARIOS NO PRAZO MAXIMO DE 10 DIAS

Qualquer dúvida ou esclarecimento sinta-se à vontade de nos procurar:

Camilla Estima – Nutricionista e Mestre em Nutrição Humana.
Aluna do curso de doutorado em Nutrição Humana da Faculdade de Saúde Pública da USP.

E-mail:

Telefone:

Alicia Cobelo – Psicóloga. CRP06/32252-2 Coordenadora de psicologia do PROTAD (Projeto atendimento criança /adolescente) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clinicas FMUSP. Pós-graduanda em Ciências pela FMUSP.

E- mai :

Telefone

Muito obrigada pela participação.

Anexo C- Questionário Sócio-demográfico

QUESTIONÁRIO DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

DATA DA ENTREVISTA:

NOME:

PESO:

ALTURA:

ESTADO CIVIL:

☐ solteira

☐ casada

☐ separada

☐ viúva

ESCOLARIDADE:

☐ analfabeta

☐ 1 grau incompleto

☐ 1 grau completo

☐ 2 grau incompleto

☐ 2 grau completo

☐ superior incompleto

☐ superior completo

SITUAÇÃO OCUPACIONAL

☐ empregada (registrada ou autônoma)

☐ desempregada

☐ bicos

☐ aposentada

☐ dona de casa

FILHOS: Numero

Sexo

Idade

Peso e altura das filhas mulheres (de 10 a 17 anos)

ANTECEDENTES FAMILIARES

Maternos: se sim, especificar quem

- ☐ transtornos alimentares
- ☐ problemas psiquiátricos
- ☐ alcoolismo
- ☐ uso de drogas
- ☐ obesidade
- ☐ outros

Paternos: se sim, especificar quem

- ☐ transtornos alimentares
- ☐ problemas psiquiátricos
- ☐ alcoolismo
- ☐ uso de drogas
- ☐ obesidade
- ☐ outros

PROBLEMAS ANTERIORES DA MÃE:

- ☐ transtorno alimentar diagnosticado. Especificar qual e quando
- ☐ problemas psiquiátricos. Especificar qual e quando
- ☐ problemas nervosos. Especificar qual e quando
- ☐ magreza. Especificar quando
- ☐ obesidade. Especificar quando
- ☐ dificuldades para comer. Especificar quando
- ☐ outros (mesmo clínicos, se importantes)

TRATAMENTOS ATUAIS DA MÃE (MESMO QUE NÃO REFIRA PROBLEMAS):

- ☐ psiquiátrico
- ☐ psicoterapia
- ☐ psicoterapia familiar
- ☐ orientação familiar
- ☐ alternativo
- ☐ endocrinologista
- ☐ outros

Anexo D- Questionário Sócio- Econômico

Questionário Sócio-Econômico (QSE-Pa)

Nome:----- Sexo: () M () F

Nome do Pai-----Nome da Mãe-----

Data de Nascimento: -----

Local-----Idade: -----

Endereço: Rua/Av.-----nº----- Bairro-----

Telefone ()----- recado-----

Nº de filhos

idades

Quem mora na casa? -----

Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Religião: () Católico () Protestante () Judaica () Espírita ()
Evangélico () Outra () Ateu

() não frequenta () só em festas religiosas () 1 vez por mês

() 1 vez por semana ou mais

Escola:----- Particular () Pública ()

Serie:-----Turma-----Professor(a):-----

Se não frequenta a escola, porque:

() **TA** () Condução () Vaga () Trabalho () Dificuldade
financeira () Doença () Exclusão (Expulso) () não quer

() outros _____

Dados do pai/ mãe ou responsável *(Quem cuida da criança)*

Nome : _____

Grau de Instrução: () Analfabeto/Primário Incompleto

() Primário Completo/Ginasial Incompleto

() Ginásial Completo/ Colegial Incompleto

() Colegial Completo/ Superior Incompleto

() Superior Completo

Ocupação do Pai: _____ Se desempregado, há _____ meses.

Natural de _____ Em SP há _____ meses.

Ocupação da Mãe: _____ Se desempregada, há _____ meses.

Natural de _____ Em SP há _____ meses.

Casa feita de: () alvenaria () madeira () madeirei () outros _____

	00	01	02	03	04	05	06 ou ++
Televisão em cores	0	2	3	4	5	5	5
Videocassete	0	2	2	2	2	2	2
Rádio	0	1	2	3	4	4	4
Banheiro	0	2	3	4	4	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1	1	1

Geladeira e Freezer

Não possui	0
Possui só freezer sem geladeira	1
Possui só geladeira sem freezer	2
Possui geladeira dúplex ou geladeira dúplex e freezer	3

Grau de Instrução do Chefe da Família

Analfabeto/Primário Incompleto	0
Primário Completo/Ginasial Incompleto	1
Ginasial Completo/Colegial Incompleto	2
Colegial Completo/Superior Incompleto	3
Superior Completo	5

Anexo E- Teste de Atitudes Alimentares
Eating Attitudes Test – EAT-

9.3. ANEXO 3 : TESTE DE ATITUDE ALIMENTAR (EAT- 26)

Número de Identificação: _____

Responda as questões marcando um X na coluna que melhor se aplicar.

S = sempre / MF = muito freqüentemente / F = freqüentemente

AV = as vezes / R = raramente / N = nunca

	S	MF	F	AV	R	N
1. Costumo fazer dietas.	3	2	1	0	0	0
2. Como alimentos dietéticos.	3	2	1	0	0	0
3. Me sinto mal após comer doces.	3	2	1	0	0	0
4. Gosto de provar novos alimentos engordantes.	0	0	0	1	2	3
5. Evito alimentos que contenham açúcar.	3	2	1	0	0	0
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidrato (pão, batata, arroz, etc.).	3	2	1	0	0	0
7. Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro(a).	3	2	1	0	0	0
8. Gosto de estar com o estômago vazio.	3	2	1	0	0	0
9. Quando faço exercício, penso em queimar calorias	3	2	1	0	0	0
10. Me sinto extremamente culpado(a) depois de comer.	3	2	1	0	0	0
11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso.	3	2	1	0	0	0
12. Me preocupa a possibilidade de ter gordura no meu corpo.	3	2	1	0	0	0
13. Sei quantas calorias tem os alimentos que como.	3	2	1	0	0	0
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.	3	2	1	0	0	0
15. Vomito depois de comer.	3	2	1	0	0	0
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.	3	2	1	0	0	0
17. Passo muito tempo pensando em comida.	3	2	1	0	0	0
18. Me acho uma pessoa preocupado(a) com a comida.	3	2	1	0	0	0
19. Sinto que a comida controla minha vida.	3	2	1	0	0	0
20. Corto os alimentos em pedaços pequenos.	3	2	1	0	0	0
21. Levo mais tempo que os outros para comer.	3	2	1	0	0	0
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.	3	2	1	0	0	0
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.	3	2	1	0	0	0
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.	3	2	1	0	0	0
25. Evito comer quando estou com fome.	3	2	1	0	0	0
26. Demonstro auto-controle em relação à comida.	3	2	1	0	0	0

Anexo F- Questionário de imagem Corporal
Body Shape Questionnaire- BSQ-

Questionário DE IMAGEM CORPORAL—VERSÃO PARA MULHERES

*Body Shape Questionnaire — BSQ (Gooper et al., 1987) — tradução
de TA. Cordás*

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas QUATRO SEMANAS. Pôr favor, leia questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Muito frequentemente
6. Sempre

Pôr favor, responda a todas as questões.
NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS:

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?
1 2 3 4 5 6

2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?
1 2 3 4 5 6

3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo?
1 2 3 4 5 6

4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?
1 2 3 4 5 6

5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?
1 2 3 4 5 6

6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda?
1 2 3 4 5 6

7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?

1 2 3 4 5 6

8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?

1 2 3 4 5 6

9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?

1 2 3 4 5 6

10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem se espalhar quando você senta?

1 2 3 4 5 6

11. Você já se sentiu gorda mesmo comendo uma pequena quantidade de comida?

1 2 3 4 5 6

12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?

1 2 3 4 5 6

13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou escuta uma conversa)?

1 2 3 4 5 6

14. Estar nua, por exemplo, durante o banho faz você se sentir gorda?

1 2 3 4 5 6

15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

16. Você se imagina cortando fora porções do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?

1 2 3 4 5 6

18. Você deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?

1 2 3 4 5 6

19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?

1 2 3 4 5 6

20. Você já teve vergonha do seu corpo?

1 2 3 4 5 6

21. A preocupação com o seu físico te leva a fazer dieta?

1 2 3 4 5 6

22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?

1 2 3 4 5 6

23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?

1 2 3 4 5 6

24. Você se preocupa com o fato de outras pessoas poderem estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?

1 2 3 4 5 6

25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras do que você?

1 2 3 4 5 6

26. Você já vomitou para se sentir mais magra?

1 2 3 4 5 6

27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (como por exemplo, sentada em um sofá ou no banco de um ônibus)?

1 2 3 4 5 6

28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?

1 2 3 4 5 6

29. Ver seu reflexo (por exemplo, em um espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?

1 2 3 4 5 6

30. Você belisca áreas do seu corpo para ver o quanto há de gordura ?

1 2 3 4 5 6

31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver o seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?

1 2 3 4 5 6

32. Você toma laxantes para se sentir magra?

1 2 3 4 5 6

33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?

1 2 3 4 5 6

34. A preocupação com seu físico faz você sentir que deveria fazer exercícios?

1 2 3 4 5 6

Anexo G- Escala de silhuetas de Stunkard

ANEXO 5

ESCALA DE SILHUETAS (STUNKARD'S FIGURE RATINGS SCALE, 1983)

Nome:

Observe a série de figuras abaixo.

Escreva a palavra “eu” embaixo daquela que melhor representa você atualmente.

Escreva a palavra “saudável” embaixo daquela que você considera uma imagem de corpo saudável.

Escreva a palavra “desejável” embaixo daquela que você gostaria de ser.

Anexo H - Aprovação Cappesq

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

RECEBIDO SPG 05/07/06

ASS.: ana

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 29.06.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 567/06 intitulado: "Projeto para dissertação de mestrado pós graduação em ciências: área de fisiopatologia experimental." apresentado pela Área de Fisiopatologia Experimental, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c")

Pesquisador(a) Responsável: Patricia Hochgraf

Pesquisador (a) Executante: Alicia Weisz Cobelo

CAPPesq, 29 de junho de 2006.

Encaminhe-se à CPG-FMUSP
para as devidas providências.
S.P., 05/07/06

Prof.ª Dra. Elia Garcia Caldini
Vice Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Ciências
Fisiopatologia Experimental

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa