



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

FLAVIA DAYANE ARAÚJO MORAES

**ADESÃO ÀS CONSULTAS NUTRICIONAIS E O RISCO DE DESENVOLVIMENTO  
DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM OBESOS ATENDIDOS EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

BELÉM, PA

2019

FLAVIA DAYANE ARAÚJO MORAES

**ADESÃO ÀS CONSULTAS NUTRICIONAIS E O RISCO DE DESENVOLVIMENTO  
DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM OBESOS ATENDIDOS EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho desenvolvido e apresentado à  
disciplina de Trabalho de Conclusão de  
Curso.

**Orientadora:** Profa. MSc. Rosilene  
Reis Della Noce.

BELÉM, PA

2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

M827a Moraes, Flavia Dayane Araújo  
Adesão às consultas nutricionais e o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em obesos atendidos em um hospital universitário / Flavia Dayane Araújo Moraes. — 2019.  
33 f. : il.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. MSc. Rosilene Reis Della Noce Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Nutrição, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

1. Obesidade. 2. Transtornos Alimentares. 3. Cooperação e Adesão ao Tratamento. I. Título.

CDD 612.3

---

*“Lebenslangerschicksalsschatz”*

(Carter Bays e Craig Thomas, How I Met Your  
Mother, 8ª temporada, ep. 1, 2012)

## RESUMO

**Introdução:** A intervenção nutricional indicada no tratamento de obesidade é baseada na introdução de novos hábitos alimentares, ato que necessita tempo, perseverança e paciência que podem representar uma barreira à adesão ao tratamento nutricional. A sociedade comumente relaciona o ganho de peso à um status de enfermidade, este pensamento leva à métodos inadequados do controle de peso e comportamentos alimentares indesejáveis. **Objetivo:** Investigar a relação entre a adesão às consultas nutricionais e o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em pessoas obesas. **Metodologia:** Estudo quantitativo realizado em um hospital universitário de Belém-PA. Para a caracterização do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares foi utilizado o Inventário de Transtornos Alimentares 3, questionário autoaplicável que avalia atitudes, emoções e comportamentos por meio de 3 escalas específicas resultando na classificação de risco: baixo, moderado e elevado. A avaliação de adesão às consultas nutricionais foi classificada como: adesão, dificuldade de adesão, desistência e não adesão de acordo com a presença nas consultas e adequação ao planejamento alimentar proposto. Os dados foram tabulados e analisados no software Excel (Microsoft Office 2016). **Resultados:** A amostra foi composta por 17 pacientes (mulheres=70,59%; homens=29,41%), média de idade de 39 ( $\pm 12,9$ ) anos, IMC de 41,52 ( $\pm 7,6$ ) Kg/m<sup>2</sup>. As maiores pontuações para as escalas de desejo de emagrecer ( $p=0.024$ ) e bulimia ( $p=0.017$ ) foram para as mulheres. Os pacientes se enquadraram em dificuldade de adesão (17,65%) e desistência (64,29%). **Conclusão:** Embora tenha-se encontrado um risco moderado para as mulheres e elevado para os homens em relação aos transtornos alimentares nos pacientes avaliados, observa-se que não há significância estatística entre as variáveis estudadas.

**Palavras-chaves:** Obesidade, Transtornos Alimentares, Cooperação e Adesão ao Tratamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** The nutritional intervention indicated for obesity treatment is based on the introduction of new eating habits, an act that requires time, perseverance and patience that may represent a barrier to adherence to nutritional treatment. Society commonly relates weight gain to a disease status, and, this though leads to inadequate methods of weight management and undesirable eating behaviors. **Objective:** To investigate the relationship between the adherence to nutritional treatment and the risk of developing eating disorders in obese people. **Methodology:** Quantitative study conducted in a university hospital in Belém-PA. To characterize the risk of development of eating disorders, we used the Eating Disorders Inventory 3, a self-administered questionnaire that assesses attitudes, emotions, and behaviors through three specific scales resulting in the following risk classification: lower, moderate and high. The evaluation of adherence to nutritional treatment was classified as: adhesion, difficulty of adhesion, withdrawal and non-adherence according to the presence in the consultations and adequacy to the proposed food plan. Later, data was tabulated and stored in Excel software (Microsoft Office 2016). **Results:** The sample consisted of 17 patients (women = 70.59%, men = 29.41%), mean age of 39 ( $\pm 12,9$ ) years, BMI of 41.52 ( $\pm 7,6$ ) kg/m<sup>2</sup>. The highest scores for the desire to lose weight ( $p=0.024$ ) and bulimia scales ( $p=0.017$ ) were for women. Patients were classified as having difficulty in adherence (17,65%) and withdrawal (64,29%). **Conclusion:** Although a moderate risk for women and high risk for men in relation to eating disorders was found in the patients evaluated, it is observed that there is no statistical significance between the studied variables.

**Keywords:** Obesity, Eating Disorders, Treatment Adherence and Compliance.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Objetivos Gerais.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>8</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença caracterizada pelo o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, classificada a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), igual ou superior à 30 Kg/m<sup>2</sup>. Faz parte das chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e é considerada uma doença multifatorial e também um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças (BRASIL, 2006).

A intervenção nutricional indicada no tratamento da obesidade é a introdução de novos hábitos alimentares baseada na reeducação alimentar que visa não apenas a redução de peso imediata, mas que à longo prazo signifique a melhora de vida e o bem-estar do indivíduo. Mudança esta que na maioria das vezes os pacientes encontram dificuldade em implementar no seu cotidiano. Neste contexto a adoção aos novos hábitos representa uma barreira à adesão ao tratamento nutricional e elucida a necessidade de investigar outros aspectos que podem interferir nessa adesão (MACHADO; KIRSTEN, 2011).

Atualmente, observa-se que a sociedade comumente relaciona o excesso de peso a um estigma de algo que não é desejável, associando assim a magreza como sinônimo de saúde. Tal pensamento leva as pessoas a submeterem-se a métodos de controle de peso e comportamentos alimentares inadequados como restrição alimentar, dietas da “moda”, entre outros. Esses comportamentos não mantêm relação apenas com os transtornos alimentares, mas também com os denominados “comportamentos de risco” para o desenvolvimento de transtornos alimentares (ALVARENGA et al., 2015).

O Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) é um questionário autoaplicável que avalia atitudes, emoções e comportamentos associados à transtornos alimentares. É composto por 91 questões, que se dividem em 12 escalas, sendo 3 específicas para transtornos alimentares e 9 inespecíficas, tratando-se de escalas psicológicas gerais relacionadas a esses transtornos (GARNER, 2010).

Em um estudo desenvolvido apenas com adultos obesos, que procurava verificar sintomas de transtornos alimentares nesses indivíduos por meio das escalas específicas do EDI-3, verificou-se que o risco elevado para transtornos alimentares estava associado ao maior peso ( $p \leq 0.001$ ) e estatura ( $p = 0.002$ ) dos participantes. O diagnóstico geral revelou que o risco moderado foi mais evidente nas mulheres (88%) enquanto o elevado foi mais evidente nos homens (78,3%) (ALVEZ et al., 2018).

Em um estudo que verificou os fatores relacionados à adesão ao tratamento nutricional de pacientes adultos onde a maioria dos participantes relatou a redução de peso como objetivo demonstrou que ainda que esse objetivo tenha sido alcançado, a maioria dos seus participantes abandonou o tratamento alegando a dificuldade em mudar hábitos alimentares como principal causa (MACHADO e KIRSTEN, 2011).

No entanto estudos que buscam descrever o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares e a adesão às consultas do tratamento nutricional em pessoas obesas ainda são raros, dito isso destaca-se a necessidade de investigação dessa relação.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivos Gerais

Investigar o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares e a adesão as consultas do tratamento nutricional em pessoas obesas.

### 2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em pessoas obesas;
2. Acompanhar a adesão desses indivíduos às consultas do tratamento nutricional, no período de um ano.

### **3. METODOLOGIA**

#### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, quantitativo, realizado no Centro de Referência em Obesidade (CROb) do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), localizado na Universidade Federal do Pará, campus Belém. A amostra foi composta por obesos com idade superior a 19 anos, que não obtivessem diagnóstico de transtornos alimentares, cujo o valor do Índice de Massa Corporal (IMC) foi classificado como obesidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000). A coleta de dados foi realizada por consulta dos prontuários dos pacientes e acompanhado seus retornos no período de janeiro a dezembro de 2018.

#### **Crítérios de inclusão x critérios de exclusão**

Os critérios de inclusão, para a amostra: adultos com idade superior a 19 anos, que apresentaram o  $IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$ , não apresentaram diagnóstico positivo para transtorno alimentar e que aceitaram participar da pesquisa expressando-se por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B).

Dentre os critérios de exclusão: a não aceitação a participação da pesquisa, pacientes com idade igual ou inferior a 19 anos, apresentaram  $IMC < 30,0 \text{ kg/m}^2$ , apresentaram diagnóstico positivo para transtorno alimentar ou que se recusaram a assinar o TCLE.

#### **Avaliação do estado nutricional**

A avaliação do estado nutricional se deu por meio de antropometria: aferição do peso e da altura dos participantes para isso foi utilizado os equipamentos: balança de bioimpedâncias da marca InBody com capacidade para 300 Kg e estadiômetro, pertencentes ao HUBFS. Após a etapa de antropometria, o valor de IMC foi adquirido através do cálculo da divisão do peso (kg) pelo quadrado da altura (m), de cada participante realizado pelo software Lookin'Body 120. Para o diagnóstico nutricional, o IMC foi classificado em obesidade grau I (30,0 a

34,9kg/m<sup>2</sup>), obesidade grau II (35,0 a 39,9kg/m<sup>2</sup>) e obesidade grau III ( $\geq 40,0$ kg/m<sup>2</sup>) (OMS, 2000).

### **Caraterização do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares**

A caracterização do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares foi feita com o auxílio do Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) (ANEXO C), que se trata de um questionário autoaplicável composto por 12 escalas, sendo três específicas para transtornos alimentares (desejo de emagrecer, bulimia e insatisfação corporal) e 9 inespecíficas, tratando-se de escalas psicológicas gerais relacionadas a esses transtornos, totalizando 91 perguntas. Dessa forma, os pacientes responderam sozinhos ao EDI-3 por completo, porém para esta pesquisa apenas foram consideradas as escalas específicas.

As perguntas foram pontuadas de acordo com a intensidade das respostas, podendo ser de “0” a “4” (sendo: nunca= 0, raramente= 1, às vezes= 2, com frequência= 3, quase sempre= 4 e sempre= 4). No entanto, algumas questões (1, 12, 19, 31, 55, 62) são pontuadas de forma inversa (nunca= 4, raramente= 3, às vezes= 2, com frequência= 1, quase sempre= 0 e sempre= 0), devido à interpretação contrária do questionamento, onde “nunca” representa a maior intensidade do sintoma.

A soma das escalas gera escores totais, que foram analisados manualmente através de tabelas, separadas por gênero, para a população não clínica espanhola maior de 19 anos, em virtude da ausência de referencial específico para a população brasileira. Escores mais altos indicam maior sintomatologia. O diagnóstico para as escalas e para o compósito geral foi dado em três níveis: risco baixo, moderado ou elevado.

### **Avaliação da adesão às consultas nutricionais**

Considerando que o protocolo de consultas do CROb solicita retornos mensais, foi verificado através dos prontuários dos pacientes a presença às consultas durante os meses de janeiro a dezembro de 2018, período em que a pesquisa foi realizada.

Além disso também foi averiguada a adequação das refeições de cada paciente em relação ao planejamento alimentar proposto, por meio de recordatório de 24 horas (R24H).

A partir disso a adesão ao tratamento nutricional foi classificada como:

- Adesão: quando o paciente regressou em todas as consultas marcadas mensalmente, não apresentou faltas recorrentes ( $>2$  faltas consecutivas ou  $>5$  faltas intercaladas), não relatou dificuldade em seguir o plano alimentar e/ou seguiu o plano alimentar proposto e apresentou melhoria no diagnóstico nutricional, expresso por meio da diminuição do IMC;
- Dificuldade de adesão: quando o paciente apresentou faltas recorrentes ( $>2$  faltas consecutivas ou  $>5$  faltas intercaladas), relatou dificuldade em seguir o plano alimentar e/ou não seguiu o planejamento alimentar proposto e não apresentou melhoria no diagnóstico nutricional (diminuição do IMC);
- Desistência: quando o paciente não retornou as consultas marcadas ( $\geq 7$  faltas durante o período da pesquisa), não concluindo assim o tratamento;
- Não adesão: foram considerados os pacientes classificados como “Dificuldade de adesão” e “Desistência” ao final das consultas de pesquisa.

### **Análise estatística**

Os dados foram tabulados e armazenados no software Excel (Microsoft Office 2016). Por onde, através da opção tabela dinâmica, foram analisadas as relações estatísticas entre as variáveis desse estudo. Para as variáveis de distribuição normal, foram calculadas as médias e desvios-padrão e correlacionados através do teste t de Student. As associações entre variáveis categóricas foram feitas pelo  $\chi^2$  (qui-quadrado), e entre as variáveis contínuas foram feitas através do teste ANOVA, ambos com nível de significância  $p \leq 0.05$ .

#### 4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 17 pacientes (Homens= 5; Mulheres= 12), apresentando média de idade de 39 anos, peso de 114,47 Kg, altura de 1,64 m e IMC de 41,52 Kg/m<sup>2</sup> e o risco elevado para o desenvolvimento de transtornos alimentares esteve associado à maior altura dos participantes ( $p = 0.023$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização de idade, gênero e antropometria de acordo com o diagnóstico geral do EDI-3. Belém-PA, 2019.

Características	Compósito Geral EDI-3				p valor*
	Total (n=17)	Baixo	Moderado	Elevado	
<b>Idade (anos)</b>	39,6 ( $\pm 12,9$ )	39 ( $\pm 11,3$ )	43,4 ( $\pm 12,9$ )	29,8 ( $\pm 10,7$ )	0.205
<b>Gênero</b>					
<b>Feminino</b>	12 (70,59%)	2 (100,0)	9 (81,82)	1 (25,00)	0.073
<b>Masculino</b>	5 (29,41%)	0 (0,0)	2 (18,18)	3 (75,00)	
<b>Antropometria</b>					
<b>Peso (Kg)</b>	112,41 ( $\pm 30,5$ )	98,4 ( $\pm 13,7$ )	104 ( $\pm 23,5$ )	142,6 ( $\pm 38,3$ )	0.065
<b>Estatura (cm)</b>	163,82 ( $\pm 11,8$ )	166 ( $\pm 0,0$ )	159,8 ( $\pm 10,7$ )	176,5 ( $\pm 7,3$ )	0.023
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)**</b>	41,52 ( $\pm 7,6$ )	35,9 ( $\pm 5,2$ )	41,18 ( $\pm 7,4$ )	45,3 ( $\pm 9,0$ )	0.379

\*Teste ANOVA para variáveis contínuas e teste qui-quadrado para variáveis categóricas, com nível de significância  $p \leq 0.05$ . \*\*Índice de Massa Corporal.

A pontuação média de cada escala específica revelou que as mulheres demonstram maior desejo de perda de peso corporal do que os homens ( $p = 0.024$ ). Além de também serem mais suscetíveis a comportamentos de compulsão alimentar e métodos compensatórios ( $p = 0.017$ ). As demais variáveis, assim como o compósito geral, não demonstraram diferenças estatisticamente significativas em relação aos sexos ( $p > 0.05$ ) (Tabela 2).

Escala/Compósito	Homens (n=5)		Mulheres (n=12)		p valor*
	Média	DP	Média	DP	
<b>Desejo de Emagrecer</b>	8,2	1,5	13,0	6,2	0.024
<b>Bulimia</b>	1,8	1,3	5,8	4,7	0.017
<b>Insatisfação Corporal</b>	22,4	9,6	22,2	7,8	0.963

<b>Compósito Geral</b>	177,4	17,9	165,5	18,9	0,293
------------------------	-------	------	-------	------	-------

**Tabela 2** – Pontuações médias das escalas específicas e do compósito geral do EDI-3. Belém-PA, 2019.

\*Teste *t* para variáveis independentes com nível de significância  $p \leq 0.05$ .

No diagnóstico geral, o sexo masculino representou risco elevado para o desenvolvimento de transtornos alimentares (60%) enquanto o sexo feminino apresentou maioria em risco moderado (75,0%). Ambos os sexos apresentaram maioria em risco moderado na escala desejo de emagrecer, sendo 80% dos homens e 66,67% das mulheres. Na escala bulimia todos os homens foram classificados em risco baixo (100%) e na escala insatisfação corporal apresentaram maioria em risco elevado (60,0%). Não foi constatada diferença estatística significativa entre os sexos (Tabela 3).

**Tabela 3** – Tabelas relativas dos diagnósticos nas escalas específicas e compósito geral do EDI-3. Belém-PA, 2019.

<b>Escala/Compósito</b>	<b>Homens = 5</b> N (%)	<b>Mulheres = 12</b> N (%)	<b>p valor</b>
<b>Desejo de Emagrecer</b>			
Baixo	0 (0,0)	4 (33,33)	0,321
Moderado	4 (80,00)	8 (66,67)	
Elevado	1 (20,00)	0 (0,0)	
<b>Bulimia</b>			
Baixo	5 (100,0)	5 (41,67)	0,235
Moderado	0 (0,0)	4 (33,33)	
Elevado	0 (0,0)	3 (25,00)	
<b>Insatisfação Corporal</b>			
Baixo	0 (0,0)	3 (25,00)	0,318
Moderado	2 (40,00)	4 (33,33)	
Elevado	3 (60,00)	5 (41,67)	
<b>Compósito Geral</b>			
Baixo	0 (0,0)	2 (16,67)	0,086
Moderado	2 (40,00)	9 (75,00)	
Elevado	3 (60,00)	1 (8,33)	

\*Teste qui-quadrado com nível de significância  $p \leq 0.05$ .

Em relação à adesão às consultas nutricionais, a maioria dos participantes não compareceu aos retornos das consultas marcadas sendo classificados como “desistência” (82,35%). Os participantes que retornaram às consultas, porém constatando faltas recorrentes

e/ou não apresentaram melhora no diagnóstico nutricional foram classificados como “dificuldade de adesão” (17,65%). Sendo assim, ao final do período da coleta de dados todos os participantes foram classificados na categoria “não adesão”. (Tabela 4).

**Tabela 4** – Adesão às consultas nutricionais da amostra em estudo. Belém-PA, 2019.

	<b>Total = 17</b> N (%)	<b>Homens = 5</b> N (%)	<b>Mulheres = 12</b> N (%)	<i>p</i> valor*
<b>Dificuldade de adesão</b>	3 (17,65)	1 (33,33)	2 (66,67)	0.999
<b>Desistência</b>	14 (82,35)	4 (28,57)	10 (71,43)	

\*Teste qui-quadrado com nível de significância  $p \leq 0.05$ .

Ao relacionar o diagnóstico do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares e a adesão às consultas do tratamento nutricional nota-se que o diagnóstico moderado aparece como maioria tanto em relação ao grupo “dificuldade de adesão” (66,67%) quanto ao grupo “desistência” (64,29%). Não houve diferença estatística entre os pacientes com melhor ou pior adesão ao tratamento nutricional (Tabela 5).

**Tabela 5** – Diagnóstico EDI-3 e adesão ao tratamento nutricional. Belém-PA, 2019.

	Dificuldade de Adesão	Desistência	<i>p</i> valor*
<b>Diagnóstico EDI-3</b>	n (%)	n (%)	
<b>Baixo</b>	0 (0,0)	2 (14,29)	0.893
<b>Moderado</b>	2 (66,67)	9 (64,29)	
<b>Elevado</b>	1 (33,33)	3 (21,43)	

\*Teste qui-quadrado com nível de significância  $p \leq 0.05$ .

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou o sexo masculino com risco elevado para o desenvolvimento de transtornos alimentares enquanto o sexo feminino apontou risco moderado (Tabela 3), o que se apresentam de acordo com os resultados encontrados por Alves et al. (2018) que também considerou que o risco elevado esteve associado a maior altura dos participantes (Tabela 1).

Há anos os Transtornos Alimentares (TA) veem sido associados mais comumente a população feminina por considerar que estas são mais sujeitas a casos de distorção da imagem corporal, instigada diretamente por um padrão de beleza estabelecido que sofre influência da mídia e de pressões sociais (STANFORD e LEMBERG, 2012; WOOD, DYGDON e CONGER, 2014).

No entanto, é necessário evidenciar que tanto homens quanto mulheres sofrem influência midiática, por tanto, o gênero masculino é tão suscetível ao desenvolvimento de transtornos alimentares quanto o feminino, considerando que enquanto as mulheres são levadas a buscar a magreza corporal, os homens estão mais preocupados com a quantidade de massa muscular da sua composição corporal, tal preocupação se mostra presente no sexo masculino desde a adolescência (ALVES et al., 2018; CARVALHO et al., 2016; FORTES et al., 2015 ; FERNANDEZ e PRITCHARD, 2012; STANFORD e LEMBERG, 2012).

A literatura confirma que o interesse na perda de peso, para os homens, está significativamente relacionado a imagens de atletas e esportistas, elucidando assim que a busca por um corpo musculoso pode representar uma das principais preocupações desse gênero em relação à alimentação e a composição corporal (ALVES et al., 2018; CARVALHO e COLABORADORES, 2016; FORTES et al., 2015; FORTES, ALMEIDA e FERREIRA, 2013; FERNANDEZ e PRITCHARD, 2012).

As pontuações médias das escalas específicas (Tabela 2) esclareceram que as mulheres demonstram maior desejo na perda de peso além de serem mais suscetíveis a comportamentos de compulsão alimentar e métodos compensatórios do que os homens. Estes resultados não condizem com os encontrados na pesquisa de Alves et. al (2018), onde a escala “bulimia” apresentou média de pontuação maior para homens do que para mulheres. No entanto, no trabalho de Stanford e Lemberg (2012), que buscava diferenças entre as pontuações das escalas

específicas do EDI-3 em relação aos sexos, foi constatado pontuações maiores vindo das mulheres, o que se apresentou como o esperado por Garner (2010) que considera as questões que compõe as escalas específicas com maior relação a preocupações comumente relacionadas ao pensamento feminino.

Isto posto destaca-se a importância de se desenvolver um instrumento específico para o sexo masculino que aborde questões relacionadas a preocupações e interesses do gênero como, entre outros aspectos, a busca por um corpo musculoso (ALVES et al., 2018; CARVALHO et al., 2016; ALVARENGA et al., 2013; STANFORD e LEMBERG, 2012).

Quando levado em consideração o diagnóstico das escalas específicas (Tabela 3) os homens foram classificados em risco baixo para a escala bulimia e em risco elevado para a escala insatisfação corporal. Ambos os grupos apresentaram risco moderado para a escala desejo de emagrecer.

Porém, a pesquisa de Alves et al. (2018) constatou que tanto a escalas desejo de emagrecer quanto a escala insatisfação corporal sugerem o grupo dos homens com maior sintomatologia nesses aspectos.

O presente estudo ainda teve como objetivo avaliar a influência do risco do desenvolvimento de transtornos alimentares na adesão ao tratamento nutricional e considerou que nenhum de seus participantes aderiu ao tratamento (Tabela 4), sendo que a maioria não compareceu as consultas agendadas e os demais não apresentaram melhora no estado nutricional e/ou referiram dificuldades e não seguiram o plano alimentar. Por tanto, foi constatado que não há significância estatística que comprove a relação do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares e a adesão ao tratamento nutricional (Tabela 5).

Tendo em vista que o tratamento nutricional, em relação a obesidade, se baseia na mudança do comportamento alimentar, é importante considerar que “comportamento” está relacionando a conhecimentos e crenças que os indivíduos possam ter sobre alimentação e nutrição mas também a aquilo o que se sente em relação a comida, considerando não apenas as necessidades fisiológicas mas as preferências dos indivíduos em sua totalidade, que por sua vez são influenciadas por fatores como cultura, religião e sociedade. (ALVARENGA et al., 2015).

Acredita-se que a dinâmica entre paciente e nutricionista está baseada na confiança mútua entre as partes, onde o paciente possa se expressar de forma total seus pensamentos,

inseguranças e dificuldades e que o nutricionista seja capaz de auxiliar o indivíduo a ultrapassar suas limitações, visando o incentivo à aderência ao tratamento, que nada mais é do que a harmonia entre as atitudes do paciente e as orientações nutricionais (SILVA e SOARES, 2011).

A mudança do hábito alimentar representa grande parte da dificuldade à adesão ao tratamento nutricional de pessoas com excesso de peso, pois é resultado da mudança do comportamento e estilo de vida, que acontece de forma contínua à longo prazo e não apenas seguindo orientações uma única vez. Vale ressaltar ainda que a baixa autoestima desses indivíduos em relação a própria aparência, evidencia a necessidade de maior suporte de apoio aos pacientes que procuram aconselhamento nutricional. Outros fatores associados à não adesão do tratamento nutricional são os de cunho psicossociais como: escolaridade, idade, gênero e renda. Entretanto tais variáveis sociodemográficas não são consideradas definitivas na correlação à adesão ao tratamento nutricional (AMORIM, COUTINHO e PALMEIRA, 2016; NIQUINI, NAVARRO e BESSA, 2012; MACHADO e KIRSTEN, 2011).

Amorim, Coutinho e Palmeira (2016), em sua pesquisa que teve como objetivo identificar os fatores que influenciam no processo de adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso, constataram que ainda que os pacientes não apresentassem faltas recorrentes 64,8% destes relataram dificuldade em seguir plano alimentar e indicaram os horários das refeições, disponibilidade financeira, quantidade e qualidade dos alimentos como principais queixas referidas.

Em outra pesquisa, que verificou os fatores relacionados à adesão ao tratamento nutricional de pacientes adultos onde a maioria dos participantes relatou a redução de peso como objetivo demonstrou que 68,8% destes abandonou o tratamento após esse objetivo ter sido alcançado. (MACHADO e KIRSTEN, 2011).

Vale ressaltar que a procura por serviços de saúde é associada à maior prevalência entre mulheres do que entre homens, tal perfil se manteve condizente entre a amostra desse estudo o que pode ser considerado devido às questões culturais que dificultam a adoção de práticas de autocuidado, na população masculina, uma vez que tal população busca a imagem do ser forte e invulnerável e a busca por ajuda relacionada a saúde podem contradizer esta imagem (AMORIM, COUTINHO e PALMEIRA, 2016; GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

O trabalho de Mensiger, Calogero e Tylka (2016) cita que é necessário a criação de programas de intervenção que considerem a importância do estigma de peso como uma barreira

a ser ultrapassada por estar relacionada à estereótipos sociais que impõem carga negativa ao ganho de peso além de contribuírem para insegurança e baixa autoestima de pessoas com excesso de peso.

É necessário citar que a importância desta pesquisa está associada ao seu caráter inédito por investigar a influência do comportamento de risco de desenvolvimento de transtornos alimentares na adesão ao tratamento nutricional em pessoas obesas. Entre as principais limitações do estudo estão a amostra restrita aos voluntários que participam da pesquisa do CROb e a quantidade de questões do EDI-3, uma vez que muitos pacientes se recusaram a responder o questionário. Durante a busca pelo referencial bibliográfico, foi encontrado apenas um estudo sobre transtornos alimentares somente com obesos, e nenhum que relacionasse estes transtornos a adesão ao tratamento nutricional, o que dificultou a comparação entre os dados e resultados.

As principais limitações da investigação estão relacionadas ao perfil dos pacientes deste estudo, devido as faltas muito recorrentes as consultas nutricionais, uma vez que a análise da adesão ao tratamento nutricional só poderia ser feita após a avaliação do recordatório de 24 horas, preenchido em cada retorno. Além disso, poucos estudos que relacionassem os transtornos alimentares na população obesa foram encontrados durante a busca pelo referencial bibliográfico.

Desta forma, apesar do presente estudo não comprovar relação estatística entre as variáveis pesquisadas, afirma-se a importância desta investigação e reitera-se a ideia de que devem ser realizados mais estudos que relacionem aspectos psicológicos, como transtornos alimentares, à adesão ao tratamento nutricional de pessoas obesas. É necessário para o profissional nutricionista considerar o paciente com individualidade e em sua totalidade afim de garantir conexão de confiabilidade para que este sinta segurança em aderir o tratamento nutricional respeitando seus próprios limites e inseguranças.

## **6 CONCLUSÃO**

Conclui-se que apesar do sexo masculino apresentar risco elevado para o desenvolvimento de transtornos alimentares enquanto que o sexo feminino apresentou risco moderado tal resultado não demonstrou relação para com a adesão as consultas do tratamento nutricional.

Fica claro a necessidade da criação de novas estratégias de tratamento que considerem aspectos culturais, sociais e psicológicos de cada indivíduo, comprovando a importância da abordagem multiprofissional no tratamento da obesidade elevando o trabalho do profissional nutricionista para além das necessidades fisiológicas e de redução do peso de cada indivíduo.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. S. et al. **Nutrição Comportamental**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda., 2015.
- ALVARENGA, M. S. et al. Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas para adultos do sexo masculino. **Jornal Brasileiro de Psiquiatra**. v. 62. n 4. p. 253-260. nov, 2013.
- ALVEZ, M. F. C. et al. Transtornos Alimentares em Obesos Atendidos em um Hospital Universitário. **Rbone**, v. 12. n. 70. p. 182-189. mar/abr, 2018
- AMORIM, D. C. A.; COUTINHO. C. M.; PALMEIRA, C. S. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. **Rev enferm**. v. 10. p. 4788-4796. dez, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Obesidade: Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.
- CARVALHO, P. H. B. et al. Busca pela "muscularidade" e variáveis associadas em adultos jovens. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. vol. 22. n. 2. p. 118-121. mar/abr, 2016.
- FERNANDEZ, S.; Pritchard, M. Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. **Eating Behaviors**. Vol. 13. p. 321-325. jun, 2012.
- FORTES, L.S.; Almeida, S.S.; Ferreira, M.E.C. Insatisfação com a imagem corporal em modalidades esportivas do sexo masculino. **Jornal Brasileiro de Psiquiatra**. v. 62. n. 2. p. 101-107. abr, 2013.
- FORTES, L.S., et al. Associação da internalização dos padrões corporais, sintomas depressivos e comportamento alimentar restritivo em jovens do sexo masculino. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20. n. 11. p. 3457-3465. mai, 2015.
- GARNER, D. M. **Eating Disorder Inventory-3 Professional Manual**. 1 ed., Florida: PAR, 2004. Traduzido por: Elosua, P.; López-Jáuregui A.; Sánchez-Sánchez, F. Editora: TEA Ediciones Madri, 2010.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. v. 23. p. 565-574. mar, 2007.
- MACHADO, I. C.; KIRSTEN, V. R. Adesão ao Tratamento Nutricional de Pacientes Adultos Atendidos em uma Clínica de Santa Maria – RS. **Disc. Scientia**. v. 12, n. 1. p 81-91. nov, 2011.

MENSIGER, J. L.; CALOGERO, R. M.; TYLKA, T. L. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. **Appetite**. v. 102. p. 1-12. jan, 2016.

NIQUINI, C.; NAVARRO, F.; BESSA, F. Fatores Associados À Adesão e Não Adesão do Tratamento Não Farmacológico Em Usuários Com Obesidade Assistidos Pelo Programa Saúde da Família, Complexo do Alemão – RJ. **Rbone**. v. 6. n. 31. p. 46-57. jan/fev, 2012.

STANFORD, S.C.; LEMBERG, R. Clinical comparison of men and women on the eating disorder inventory-3 (EDI-3) and the eating disorder assessment for men (EDAM). *Eating Disorders*. vol. 20. p. 379-394. set, 2012.

WOOD, A.M.; DYGDON, J.A.; CONGER, A.J. Eating disorders and sense of self: A learning theory conceptualization. **Eating Behaviors**. vol. 17. p. 45-48. dez, 2015.

SILVA, J. G.; SOARES, A. P. C. M. Aspectos Psicológicos e Propostas Teóricas Relacionadas à Adesão ao Tratamento Nutricional dos Pacientes Obesos. **Cadernos UniFOA**, v. 6. n. 1. p. 11-22. nov, 2011.

## ANEXO A – PARECER DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Obesidade e Cirurgia da Obesidade

**Pesquisador:** Rosilene Costa Reis

**Área Temática:** Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

**Versão:** 3

**CAAE:** 44269115.6.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.516.980

#### Apresentação do Projeto:

No estágio mais grave da obesidade, a obesidade mórbida, a cirurgia bariátrica é indicada como última opção terapêutica. A cobalamina, ácido fólico, tiamina, serotonina e polimorfismos do receptor 5-HT2A são conhecidos por influenciar nos transtornos alimentares, de ansiedade, depressão, estresse e personalidade em indivíduos obesos, com agravamento após a cirurgia da obesidade. Este estudo tem por objetivo investigar a distribuição do polimorfismo -1438G/A do receptor 5-HT2A na obesidade sob efeitos da cirurgia bariátrica, analisando a exposição aos transtornos alimentares, de depressão, estresse, personalidade, ansiedade, dieta e atividade física associados aos níveis de cobalamina, ácido fólico, tiamina e serotonina. Trata-se de um estudo do tipo caso-controle a ser realizado na população adulta residente na cidade de Belém-Pará, Brasil. No grupo caso, serão incluídos os gastrectomizados com, no mínimo, 6 meses de intervenção cirúrgica. No grupo controle, serão incluídos os obesos, não gastrectomizados, com IMC 35kg/m<sup>2</sup> ou IMC 30kg/m<sup>2</sup> comorbidade. São limitados e controversos os estudos que fazem referência às deficiências de vitaminas, a partir da cirurgia bariátrica, em relação a exposição aos transtornos neuropsicológicos e consumo alimentar sob a influência genética do sistema serotoninérgico, o qual poderia ser um contributo importante para triar grupos de risco à cirurgia da obesidade.

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

**Bairro:** Campus Universitário do Guamá

**CEP:** 66.075-110

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)3201-7735

**Fax:** (91)3201-8028

**E-mail:** cepccs@ufpa.br



Continuação do Parecer: 2.516.980

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Investigar a distribuição do polimorfismo -1438G/A do receptor 5-HT2A na obesidade e na cirurgia bariátrica, analisando a exposição aos transtornos alimentares, de depressão, ansiedade, estresse, personalidade, funções executivas, atividade física e dieta associados aos níveis de cobalamina, ácido fólico, tiamina e serotonina na população adulta de Belém-Pará, região Norte do Brasil. Objetivo Secundário:

- Caracterizar a população, com obesidade e após a cirurgia da obesidade, com ansiedade, depressão, estresse, personalidade, transtornos do consumo alimentar, atividade física, estado nutricional, níveis de vitaminas e serotonina. - Verificar a distribuição do polimorfismo -1438G/A do receptor 5-HT2A, comparando entre o grupo experimental e controle. - Identificar o alelo/genótipo de risco, do polimorfismo do receptor 5-HT2A, do estado de depressão, ansiedade, transtornos alimentares e consumo alimentar, na cirurgia da obesidade. - Investigar o estado nutricional, níveis de cobalamina, ácido fólico, tiamina e serotonina que podem estar associados aos possíveis genótipos e alelos de risco da depressão, ansiedade, transtornos alimentares e consumo alimentar, no grupo experimental. - Analisar a variabilidade fenotípica atribuída aos genótipos e ao ambiente entre o grupo experimental e controle. - Identificar o genótipo de risco do obeso bariátrico no grupo sem cirurgia da obesidade. - Verificar a influência do polimorfismo -1438G/A na manutenção e perda de peso após a cirurgia da obesidade. Identificar quais os principais fatores atuantes no desenvolvimento da obesidade em indivíduos com Síndrome de Down.- Identificar a percepção dos pacientes a partir das queixas, diagnóstico e tratamento da obesidade.- Conhecer a relação entre a forma de perceber estímulos visuais abstratos e as funções executivas em pessoas com obesidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: A pesquisa proposta não envolve procedimentos invasivos, mas pode gerar desconforto no relato sobre seus hábitos e costumes no momento da entrevista. Para atenuar esta situação o pesquisador será capacitado para tornar a entrevista mais técnica possível, deixando claro que a participação do entrevistado pode ser interrompida a qualquer momento sem que haja prejuízos para a pessoa entrevistada.

Benefícios: Os resultados da pesquisa poderão contribuir para o conhecimento do perfil de obesos do SUS, podendo nortear outras pesquisas, e prever possíveis situações a qual venha melhorar o conhecimento científico da população estudada. Todos os participantes vão poder ingressar

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.516.980

voluntariamente no Serviço de Obesidade do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza para permanecer em tratamento de perda e controle de peso.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo apresentado trata-se de uma emenda com a justificativa de que em análise preliminar dos dados, referente ao diagnóstico de depressão, se faz necessário incluir novos instrumentos metodológicos que possam vir a melhor esclarecer os fenômenos relacionados ao reganho de peso e obesidade. Os instrumentos incluídos foram: escala da silhueta, escala do estresse percebido, inventário da personalidade neo pi-r, Prova de Rorschach, Teste de Stoopo e Teste Modified Wisconsin Card Sorting. Todos os testes incluídos serão de aplicação da psicologia, sendo supervisionado por professor da área, também solicitada a inclusão na equipe.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_973840_E2.pdf	06/02/2018 10:47:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa Rosilene Reis.pdf	22/04/2015 20:33:10		Aceito
Outros	Termo de Compromisso Rosilene Reis.pdf	22/04/2015 20:30:38		Aceito
Outros	Carta de Encaminhamento Rosilene Reis.pdf	22/04/2015 20:29:00		Aceito
Outros	Isenção de ônus Rosilene Reis.pdf	22/04/2015 20:23:55		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto Rosilene Reis.pdf	22/04/2015 20:21:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE - Rosilene Reis.doc	22/04/2015 20:21:06		Aceito

---

Continuação do Parecer: 2.516.980

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 27 de Fevereiro de 2018

---

**Assinado por:**

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)**

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisa: Obesidade e Cirurgia da Obesidade

Como participante voluntário, declaro que li as informações sobre a pesquisa, e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro, ainda, que por livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

### ----- CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Obesidade e Cirurgia da Obesidade

Senhor (a), foi selecionado (a) para participar desta pesquisa que está sendo realizada sob coordenação da Prof. M.Sc. Rosilene Costa Reis, da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA), tendo como objetivo investigar a distribuição do polimorfismo -1438G/A do receptor 5-HT<sub>2A</sub> na obesidade e na cirurgia bariátrica, analisando a exposição aos transtornos alimentares, de depressão e ansiedade associados, dieta com os níveis de cobalamina, ácido fólico, tiamina e serotonina na população adulta de Belém-Pará, região Norte do Brasil.

Para que possamos fazer a pesquisa é necessário que o (a) senhor (a) nos permita esclarecer todos os procedimentos metodológicos da pesquisa, que incluem: questionários sobre transtornos alimentares, ansiedade, depressão, alimentação, atividade física, socioeconômico, saúde, e ainda será realizado aferição da pressão arterial, coleta de medidas antropométricas, bioimpedância e exames bioquímicos e genéticos.

Esclarecemos que os dados coletados na pesquisa serão confidenciais e divulgados de forma conjunta, garantindo absoluto sigilo das informações.

Esclarecemos ainda que a participação neste estudo não trará custos, não oferecerá riscos. A aceitação em participar do estudo será de livre e espontânea vontade, podendo se recusar a responder qualquer pergunta dos questionários e ou realizar algum exame, não lhe causando nenhum problema com a Instituição que está realizando a pesquisa.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Prof. Rosilene Costa Reis

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, n 01, Umarizal.

CEP: 66.050-060. Belém-Pa.

Fone: 91 3201-6811

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá.  
CEP: 66.075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

### ANEXO C – EATING DISORDER INVENTORY-3 (EDI-3)

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Data:**  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

As afirmações que se seguem estão relacionadas com a comida ou alimentação e outras com os sentimentos ou atitudes que experimenta. Para cada frase deverá escolher a alternativa com a qual se identifica, de forma sincera.

	0/4	0/3	1/2	2/1	3/0	4/0
	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Quase sempre	Sempre
1. Como doces e carboidratos sem me preocupar						
2. Penso que a minha barriga é demasiado grande						
3. Gostaria de voltar a ser criança para me sentir seguro/a						
4. Como quando estou preocupado/a						
5. Empanturro-me de comida						
6. Gostaria de ser mais jovem						
7. Penso em fazer dieta						
8. Assusto-me quando os meus sentimentos são muito fortes						
9. Acho que as minhas coxas são demasiado grossas						
10. Considero-me incapaz como pessoa						
11. Sinto-me culpado/a quando como demais						
12. Penso que a minha barriga tem o tamanho adequado						
13. Na minha família só se valoriza o desempenho excepcional						
14. A infância é a época mais feliz da vida						
15. Sou capaz de expressar os meus sentimentos						
16. Apavora-me a ideia de engordar						
17. Confio nos outros						
18. Sinto-me só no mundo						
19. Sinto-me satisfeito/a com a forma do meu corpo						
20. Acho que geralmente controlo as coisas que acontecem na minha vida						

21. Fico confuso/a com as minhas emoções							
22. Prefiro ser adulto do que ser criança							
23. Comunico facilmente com os outros							
24. Gostaria de ser outra pessoa							
25. Exagero ou dou demasiada importância ao peso							
26. Consigo identificar com clareza as emoções que sinto							
27. Sinto-me inadequado/a							
28. Já tive ataques de gulodice nos quais senti que não conseguia parar de comer							
29. Quando era criança esforçava-me muito para não decepcionar os meus pais e professores							
30. Tenho amigos íntimos							
31. Gosto da forma do meu bumbum							
32. Estou preocupado/a porque queria ser mais magro/a							
33. Não sei o que está a acontecer dentro de mim							
34. Tenho dificuldade em expressar as minhas emoções aos outros							
35. As exigências da vida adulta são excessivas							
36. Odeio não ser o/a melhor em tudo							
37. Sinto-me seguro/a de mim mesmo/a							
38. Só penso em empanturrar-me (comer demais)							
39. Sinto-me feliz por já não ser criança							
40. Não sei muito bem quando tenho fome ou não							
41. Tenho uma fraca opinião sobre mim							
42. Acho que posso conseguir atingir os meus objectivos							
43. Os meus pais esperavam de mim excelentes resultados							
44. Tenho medo de perder o controlo dos meus sentimentos							
45. Penso que o meu quadril é demasiado largo							

	Nunca	Raramente	Às vezes	Com frequência	Quase sempre	Sempre
46. Como com moderação em frente aos outros, mas empanturro-me de comida quando se vão embora						
47. Sinto-me inchado/a após uma refeição normal						
48. Acho que as pessoas são felizes quando são crianças						
49. Se aumento um quilo, tenho medo de continuar a engordar						
50. Considero-me uma pessoa com valor						
51. Quando estou preocupado/a não sei se estou triste, assustado/a ou irritado/a						
52. Acho que devo fazer as coisas de forma perfeita ou não as fazer						
53. Penso em vomitar para perder peso						
54. Preciso manter as pessoas a alguma distância (incomoda-me o excesso de proximidade das pessoas)						
55. Acho que as minhas coxas têm o tamanho adequado						
56. Sinto-me vazio/a por dentro (emocionalmente)						
57. Consigo falar sobre aspectos pessoais e sentimentos						
58. Os melhores anos da vida são quando se chega a adulto						
59. Acho que o meu bumbum é demasiado grande						
60. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem						
61. Como e bebo às escondidas						
62. Acho que o meu quadril é do tamanho adequado						
63. Tenho metas (objectivos) muito elevadas						
64. Quando estou preocupado/a, tenho medo de começar a comer						
65. As pessoas de quem gosto de verdade acabam por me decepcionar						
66. Tenho vergonha das minhas fraquezas pessoais						
67. As pessoas dizem que sou emocionalmente instável						

68. Gostaria de ter o controlo total sobre as minhas necessidades físicas (por ex: fome, sede, sono)						
69. Sinto-me à vontade na maior parte das situações em grupo						
70. Digo impulsivamente coisas de que depois me arrependo						
71. Esforço-me para encontrar coisas que me dêem prazer						
72. Tenho que ter cuidado com a minha tendência para consumir drogas						
73. Sou comunicativo/a com a maior parte das pessoas						
74. As relações com as pessoas fazem com que me sinta aprisionado/a						
75. Renunciar aos prazeres faz-me sentir espiritualmente mais forte						
76. As pessoas compreendem os meus verdadeiros problemas						
77. Tenho pensamentos estranhos que não consigo tirar da minha cabeça						
78. Comer por prazer é um sinal de fraqueza moral						
79. Tenho tendência a ter ataques de raiva ou de ira						
80. Acho que as pessoas confiam em mim tanto quanto mereço						
81. Tenho que ter cuidado com a minha tendência a beber álcool em excesso						
82. Acredito que relaxar (descansar) é uma perda de tempo						
83. As pessoas consideram que me irrito facilmente						
84. Tenho a sensação de que tudo me corre mal						
85. Tenho mudanças bruscas de humor						
86. Sinto-me incomodado/a com as minhas necessidades físicas (ex: fome, sede, sono)						
87. Prefiro passar o tempo sozinho/a do que estar acompanhado/a						
88. O sofrimento transforma-nos numa pessoa melhor						
89. Sei que as pessoas me apreciam						
90. Sinto necessidade de fazer mal aos outros ou a mim mesmo/a						
91. Sinto que realmente sei quem sou						

