

Atitudes em relação ao corpo e à alimentação de pacientes com anorexia e bulimia nervosa

Eating and body attitudes of anorexia and bulimia nervosa patients

Aline Cavalcante de Souza¹, Fernanda Pisciolaro², Viviane Ozores Polacow², Táki Athanássios Cordás^{2,3}, Marle dos Santos Alvarenga^{2,4}

RESUMO

Objetivo: Avaliar como se relacionam as atitudes alimentares e corporais de pacientes com anorexia ou bulimia nervosa. **Métodos:** Pacientes adultas de um ambulatório especializado, com diagnóstico de anorexia (n = 48) ou bulimia nervosa (n = 58), responderam à *Disordered Eating Attitude Scale* (DEAS) para avaliação das atitudes alimentares e ao *Body Attitude Questionnaire* (BAQ) para atitudes corporais – ambos traduzidos e validados para mulheres jovens do Brasil. A correlação entre os escores da DEAS e do BAQ foi avaliada utilizando o coeficiente de Pearson. Modelos de regressão linear testaram preditores para atitudes alimentares e corporais. **Resultados:** Pacientes com bulimia apresentam relação com o alimento mais disfuncional – subescala 1 da DEAS (p < 0,001) e piores atitudes corporais (BAQ total e cinco fatores). Correlações entre a DEAS e BAQ foram mais fortes para a anorexia do que para bulimia e houve forte correlação (r > 0,6) para ambas apenas quando se analisou a relação com o alimento e o sentir-se gorda e entre atitudes corporais como um todo e a relação com o alimento. O escore total da DEAS foi preditor da BAQ total: cada um ponto na DEAS aumenta 0,788 na BAQ (R² = 0,628). **Conclusão:** Pacientes com bulimia apresentam pior relação com o alimento e piores atitudes corporais. As atitudes corporais se correlacionaram com as atitudes alimentares, de maneira mais forte para pacientes com anorexia; atitudes alimentares mais disfuncionais predizem pior relação com o corpo para ambos os diagnósticos.

Palavras-chave

Transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, imagem corporal, comportamento alimentar.

ABSTRACT

Objective: Evaluate how eating and body attitudes to correlate among anorexia or bulimia nervosa patients. **Methods:** Adult patients seeking treatment in a specialized outpatient center diagnosed with anorexia nervosa (n = 48) or bulimia nervosa (n = 58) filled out the *Disordered Eating Attitude Scale* (DEAS) to evaluate eating attitudes and the *Body Attitude Questionnaire* (BAQ) to evaluate body attitudes – both translated and validated for young women in Brazil. Correlations among DEAS and BAQ scores were evaluated by Pearson correlation coefficient. Linear regression models tested predictors of eating and body attitudes. **Results:** Bulimia nervosa patients presented more dysfunctional relationship with food – DEAS subscale 1 (p < 0.001); they also presented worse body attitudes (BAQ total and five

Recebido em
27/11/2013
Aprovado em
2/3/2014

1 Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública.

2 USP, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto de Psiquiatria (IPq), Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim).

3 USP, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, IPq.

4 USP, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição.

Endereço para correspondência: Aline Cavalcante de Souza
Departamento de Nutrição
Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César
01246-904 – São Paulo, SP, Brasil
Telefones: (11) 3061-7705/3061-7701
E-mail: aline.nutri17@gmail.com

Keywords

Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body image, feeding behavior.

subscales). Correlations analysis between DEAS and BAQ were stronger for anorexia than bulimia, there was strong correlation for both ($r > 0.6$) just for "relationship with food" and "feeling fat", and for "body attitude" as a whole and "relationship with food". Score in DEAS total was predictor BAQ total score: each one score in DEAS increases 0.788 in BAQ ($R^2 = 0.628$). **Conclusion:** Bulimia nervosa patients presented worse relationship with food and worse body attitudes. Body attitudes correlate with eating attitudes stronger for anorexia nervosa patients; more dysfunctional eating attitudes predict worst relationship with body for both diagnoses.

INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares (TA) são caracterizados por importantes alterações nas atitudes alimentares e por marcante insatisfação com a imagem corporal¹⁻³. Peculiaridades típicas dos TA, relacionadas aos sintomas clássicos, são dietas restritivas severas, ingestão alimentar irregular, aversões alimentares, compulsões e comportamentos compensatórios e de purgação⁴.

Atitudes alimentares podem ser definidas como crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos para com os alimentos⁵, e sofrem influências subjetivas, sociais, ambientais e culturais. Atitudes alimentares disfuncionais presentes nos TA são pensamentos obsessivos com alimentos e calorias, raiva por sentir fome, dificuldade para selecionar o que comer, procura de alimentos para compensar problemas psicológicos, entre outras⁶.

Atitudes alimentares englobam a relação com alimento e, portanto, comer em resposta a sensações e emoções. Nos TA, é fundamental considerar o papel do alimento na esfera emocional; o comer emocional tem sido identificado como um possível fator desencadeante de compulsão alimentar, principalmente na bulimia nervosa (BN). Na anorexia nervosa (AN), esse comer emocional pode ser evidenciado, por exemplo, quando a ingestão (mesmo de pequena quantidade) de alimentos é seguida pela sensação de perda de controle e culpa⁷.

Atitudes corporais incluem não apenas a insatisfação, mas também a avaliação (pensamentos e crenças sobre a aparência), experiências emocionais com o corpo e a importância da aparência (comportamentos para mantê-la ou melhorá-la)⁸. A imagem corporal – definida como a imagem que se tem na mente sobre o tamanho e a forma do corpo, incluindo os sentimentos em relação a essas características e às partes constituintes do corpo⁹ – é muito comprometida nos TA². Pode-se dividir a imagem corporal em três componentes: o perceptivo – que se relaciona com a precisão da percepção da aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; o subjetivo – que envolve satisfação com a aparência, o nível de preocupação e a ansiedade a ela associada; e o comportamental – que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo pelo desconforto associado à aparência corporal¹⁰.

Aspectos específicos do consumo e estrutura alimentar de pacientes com TA⁶, bem como alguns aspectos do comprometimento da imagem corporal¹¹, são conhecidos, no entanto a interação entre a imagem corporal e as atitudes alimentares não é objeto de investigação dos estudos nacionais.

Avaliando os dois construtos isoladamente, encontrou-se na comparação com uma amostra de universitárias que as atitudes alimentares são mais disfuncionais para pacientes com AN e BN⁵, e também que, comparadas a uma população não clínica, as pacientes com AN e BN apresentam piores atitudes corporais⁸.

Uma vez que as atitudes alimentares e corporais envolvem diferentes facetas, compreendê-las individualmente, assim como sua interação, se faz necessário. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi avaliar como se relacionam as atitudes alimentares e corporais em pacientes com anorexia ou bulimia nervosa. Ao analisar atitudes alimentares e corporais com instrumentos que possuem subescalas, a hipótese do estudo é que diferenças serão encontradas com relação à AN e à BN quanto a atitudes alimentares e corporais específicas e que haverá correlação entre os construtos de interesse.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com utilização de dados secundários do Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O banco de dados inclui instrumentos de rastreamento e avaliação que são preenchidos pelos pacientes na admissão ao serviço.

A população foi constituída de mulheres adultas (18-52 anos), com diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa ou transtorno alimentar não especificado (TANE), pelos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-R)¹², avaliadas por entrevista psiquiátrica à entrada no Ambulim no período de janeiro de 2008 a agosto de 2012.

O "grupo de atendimento à AN" do Ambulim inclui os casos de TANE: AN sem amenorreia ou sem baixo peso em pelo menos 85% do mínimo; e no "grupo BN" os casos de

TANE são BN sem a frequência mínima exigida de dois episódios por semana, por no mínimo três meses. E foram esses casos de TANE que foram considerados nos grupos AN e BN, respectivamente (dessa maneira, peso de eutrofia será visualizado no grupo AN).

A idade foi obtida por meio dos prontuários, e o estado nutricional foi avaliado mediante o índice de massa corpórea (IMC – peso/altura²), com dados antropométricos mensurados na entrada das pacientes no serviço.

As atitudes alimentares foram avaliadas utilizando a *Disordered Eating Attitude Scale* (DEAS)¹³, desenvolvida e validada no Brasil, apresentando adequada consistência interna e confiabilidade, e diferenciando pacientes com TA e população não clínica⁵. A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala validada foi de 0,75 e na aplicação da presente amostra foi de 0,80.

A DEAS é composta de 25 questões e cinco subescalas: (1) relação com os alimentos; (2) preocupação com alimento e ganho de peso; (3) práticas restritivas e compensatórias; (4) sentimentos em relação à alimentação; (5) conceito de alimentação normal. As questões são pontuadas em escala Likert, com escore de 37 a 190 – quanto maior for a pontuação, mais disfuncional é a atitude⁴.

As atitudes em relação ao corpo foram avaliadas por meio do *Body Attitude Questionnaire* (BAQ), traduzido e validado para mulheres jovens do Brasil⁸. A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala validada foi de 0,87.

O BAQ é composto por 44 itens e seis subescalas: (1) sentimentos a respeito da adiposidade corporal em geral; (2) sentimentos de aversão e repulsa relacionados ao corpo; (3) sentimentos de força e aptidão física individual; (4) relevância pessoal do peso e da forma corporais; (5) achar-se fisicamente atraente, primariamente em relação ao sexo oposto; (6) sentimentos de que os membros inferiores do corpo são gordos^{5,14}. As respostas são pontuadas em escala Likert, com escore de 79 a 179 – pontuações mais altas indicam piores atitudes corporais⁸.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP (parecer nº 240.175) e pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (parecer nº 268.549). Todas as pacientes do Ambulim assinaram termo de consentimento livre e esclarecido sobre sua participação em pesquisas.

Análise dos dados

As análises estatísticas foram conduzidas com o *software* SPSS 18.0 (*Statistical Package for Social Science Inc.*, Chicago, Illinois, USA). O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. A normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk, e as variáveis não normais foram padronizadas por meio do Z-escore.

Dados de tendência central e amplitude são apresentados para amostra total e subgrupos AN e BN. Os escores das

pacientes com AN e BN na DEAS e BAQ (total e subescalas) foram comparados por meio de modelo linear geral (GLM), usando o IMC e a idade como variáveis de controle. O mesmo modelo comparou a idade e o IMC entre os grupos AN e BN.

A correlação entre os escores totais e das subescalas da DEAS e BAQ foi avaliada pelo coeficiente de Pearson (r).

Modelos de regressão linear testaram preditores para as variáveis dependentes atitudes alimentares (DEAS) ou atitudes para com o corpo (BAQ): idade, IMC e subescalas de ambos os instrumentos (variáveis independentes). O modelo “enter” foi utilizado, ou seja, testou-se um modelo geral com todas as variáveis independentes de interesse (independente da relevância), para saber quais são os preditores das variáveis independentes.

RESULTADOS

A amostra totalizou 106 pacientes, cujas características, segundo diagnóstico, podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1. Características da idade, peso, altura e índice de massa corpórea (IMC) segundo o transtorno alimentar diagnosticado (São Paulo, 2013)

	Média (DP); mínimo – máximo			
	Anorexia nervosa (n = 48)	Bulimia nervosa (n = 58)	<i>p</i> tamanho efeito (Cohen's <i>d</i>)	Amostra total (n = 106)
Idade (anos)	27,20 (6,39); 18-44	28,69 (8,64); 18-52	0,030 -0,141	27,20 (7,85); 18-52
Peso (kg)	43,65 (5,16); 31-55,65	67,16 (15,53); 44,65-107,9	-	56,53 (16,69); 31-107,9
Altura (m ²)	1,61 (0,70); 1,40-1,76	1,63 (0,58); 1,46-1,77	-	1,62 (0,64); 1,40-1,77
IMC (kg/m ²)	16,86 (1,78); 11,52-20,69	25,26 (5,67); 17,93-41,55	0,793 -1,578	21,50 (6,07); 11,52-41,55

Observa-se que, embora o valor de p ateste diferença para idade dos grupos, o tamanho do efeito foi muito baixo. Já para IMC, ao contrário, embora o p seja $> 0,05$, o tamanho do efeito foi muito grande, atestando a diferença.

Os escores das escalas DEAS e BAQ – total e subescalas – podem ser observados na tabela 2. A análise GLM mostrou que pacientes com BN apresentam relação mais disfuncional com alimento (DEAS 1), maior pontuação para a escala total do BAQ e para as subescalas 1, 2, 4, 5 e 6; já as pacientes com AN tiveram maior escore na subescala 3 do BAQ.

As correlações entre a DEAS e a BAQ – total e subescalas – podem ser vistas na tabela 3.

A análise de correlação entre as escalas para as pacientes com AN apontou forte correlação entre a subescala 1 da DEAS e a subescala 1 da BAQ, e esta última também esteve fortemente correlacionada à DEAS 2. Também houve forte correlação entre DEAS 2 e BAQ 4, DEAS 1 e BAQ 6, DEAS 1 e BAQ 4, DEAS 1 e BAQ total, bem como entre BAQ total e DEAS 2.

Para as pacientes com BN, foi verificada forte correlação entre DEAS 1 e BAQ 1 e entre BAQ total e DEAS 1. A correlação foi mediana para BN para: BAQ 1 e DEAS 2, DEAS 2 e BAQ 4, DEAS 1 e BAQ 6, DEAS 1 e BAQ 4, e entre BAQ total e DEAS 2.

Os modelos de regressão foram testados apenas com as variáveis que apresentaram forte correlação (> 0,6), segundo a tabela 3.

No modelo com a DEAS como variável dependente e as subescalas do BAQ com forte correlação, não foi possível atestar que idade, IMC (em consonância com o modelo linear geral) ou qualquer das subescalas do BAQ predizem os resultados da DEAS total. O modelo não foi adequado

quanto à multicolinearidade (tolerância) e à homocedasticidade (Durbin-Whatson), apontando que a correlação entre as variáveis independentes era muita alta e podia se dar por variáveis externas a elas.

Por sua vez, o modelo de predição para o escore total da BAQ como variável dependente mostrou-se adequado quando as subescalas não significantes e com colinearidade inadequada foram retiradas – todas menos a DEAS total ($R^2 = 0,628$; tolerância > 80%; Durbin-Whatson 1,6). A idade e o IMC (em consonância com o modelo linear geral) novamente não foram preditores, e observou-se que o escore total da DEAS foi preditor do escore do BAQ: a cada um ponto na DEAS total aumenta 0,788 na BAQ total (para pacientes com AN e BN).

Tabela 2. Escores da DEAS e BAQ, segundo o diagnóstico de transtorno alimentar (São Paulo, 2013)

	Média (DP); mínimo – máximo		p
	Anorexia nervosa (n = 48)	Bulimia nervosa (n = 58)	
DEAS total	113,60 (33,21); 41-163	119,36 (27,89); 50-167	0,295
1. Relação com o alimento	37,92 (13,28); 12-59	46,64 (9,78); 12-60	0,000
2. Preocupação com alimento e ganho de peso	13,81 (5,67); 4-20	14,91 (4,65); 4-20	0,314
3. Práticas restritivas e compensatórias	14,92 (5,32); 4-20	15,86 (4,60); 4-20	0,438
4. Sentimentos em relação à alimentação	10,00 (4,17); 3-15	10,10 (4,56); 3-15	0,979
5. Conceito de alimentação normal	36,96 (11,85); 16-58	32,40 (11,98); 14-60	0,141
BAQ total	143,02 (23,62); 79-185	159,12 (17,20); 94-200	0,000
1. Sentir-se gorda	46,48 (13,39); 17-64	55,43 (8,62); 18-65	0,000
2. Depreciação	25,27 (5,99); 10-40	28,40 (7,44); 9-40	0,032
3. Força e aptidão física	15,04 (4,41); 6-24	15,64 (4,73); 6-25	0,555
4. Saliência das formas	28,48 (5,84); 13-40	31,38 (5,18); 14-40	0,004
5. Atração física	14,46 (3,53); 5-21	12,84 (4,06); 5-22	0,039
6. Gordura de membros inferiores	13,38 (3,41); 4-20	15,43 (2,93); 9-20	0,002

Dados apresentados em Média (DP); mínimo – máximo"

Tabela 3. Correlações dos escores da DEAS e BAQ, segundo o diagnóstico de transtorno alimentar (n = 106) (São Paulo, 2013)

BAQ		DEAS total	Relação com alimento	Preocupação com alimento e ganho de peso	Práticas restritivas e compensatórias	Sentimentos em relação à alimentação	Conceito de alimentação normal
BAQ total	AN	0,863**	0,821**	0,788**	0,671**	0,616**	0,604**
	BN	0,743**	0,724**	0,672**	0,636**	0,398**	0,471**
Sentir-se gorda	AN	0,887**	0,796**	0,802**	0,682**	0,657**	0,673**
	BN	0,713**	0,715**	0,658**	0,554**	0,488**	0,430**
Depreciação	AN	0,382**	0,374**	0,291*	0,262	0,475**	0,229
	BN	0,660**	0,640**	0,499**	0,610**	0,468**	0,362**
Força e aptidão física	AN	0,186	0,160	0,258	0,209	0,007	0,122
	BN	-0,356**	-0,353**	-0,244	-0,310*	-0,389**	-0,156
Saliências das formas	AN	0,691**	0,752**	0,703**	0,438**	0,398**	0,421**
	BN	0,624**	0,554**	0,532**	0,549**	0,448**	0,410**
Atração física	AN	-0,320*	-0,287*	-0,320*	-0,030	-0,390**	-0,271
	BN	-0,324*	-0,294*	-0,207	-0,176	-0,440**	-0,198
Gordura MI	AN	0,727**	0,705**	0,591**	0,515**	0,565**	0,534**
	BN	0,507**	0,516**	0,480**	0,325*	0,156	0,381**

AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; * p < 0,05; ** p < 0,001.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a relação entre atitudes alimentares e corporais em pacientes com AN ou BN e encontrou que aquelas com BN apresentam pior relação com o alimento e piores atitudes com o corpo em geral. As atitudes alimentares foram preditoras das atitudes corporais. Até onde se sabe, este é o primeiro estudo nacional a focar a relação entre atitudes alimentares e corporais, analisando diferentes aspectos de ambas.

Como esperado, pelas próprias características dos quadros, o peso e o IMC foram menores para AN. De qualquer forma, na comparação dos escores entre os grupos, a idade e o peso foram controlados e as diferenças foram devidas ao diagnóstico.

Observando as atitudes alimentares, os resultados apontaram que pacientes com BN apresentam relação mais disfuncional com alimento (DEAS 1); para as demais subescalas da DEAS e para o escore total, não houve diferença significativa entre os grupos.

Com relação às atitudes corporais, encontrou-se que as pacientes com BN apresentam maior pontuação para BAQ total e para quase todas subescalas: sentem-se mais gordas, apresentam maior aversão e maior repulsa ao corpo, acreditam que o peso e a forma do corpo têm maior relevância pessoal e que os membros inferiores do corpo são gordos; enquanto as pacientes com AN se sentem fisicamente menos atraentes em relação ao sexo oposto. Uma vez que o modelo linear geral apontou que IMC e idade não interferiram nos resultados, não se pode atribuir os valores maiores na BAQ para pacientes com BN ao maior peso (e IMC); as diferenças ocorrem, provavelmente, por causa do diagnóstico em si (ou outros fatores não avaliados neste estudo).

A análise de correlação para as pacientes com AN apontou que a pior relação com o alimento se relacionou à maior sensação de estar gorda, à maior sensação de que os membros inferiores são gordos, à maior relevância do peso e das formas corporais (subescala "saliência das formas") e à maior preocupação com o ganho de peso. A maior preocupação com o ganho de peso, por sua vez, foi igual à maior relevância do peso e formas corporais. E quanto pior a atitude corporal como um todo (BAQ total), pior a relação com o alimento e maior a preocupação com ganho de peso.

Para as pacientes com BN, verificou-se que quanto pior a relação com o alimento, maior a sensação de estar gorda; e quanto pior atitude corporal como um todo (BAQ total), pior a relação com o alimento.

As atitudes alimentares em sua totalidade (DEAS total) estiveram fortemente correlacionadas ao "sentir-se gorda", tanto na AN quanto na BN, bem como às atitudes corporais como um todo (BAQ total) para ambos. A correlação entre

a DEAS total com a sensação de que os membros inferiores são gordos foi forte para AN e mediana para BN.

O modelo de regressão apontou que piores atitudes alimentares (maior DEAS total) são preditoras de piores atitudes corporais (maior BAQ total) para as pacientes em geral, mas não o contrário. Esse achado é relevante, pois ter pior atitude corporal não foi preditor de pior atitude para com a alimentação, mas atitudes alimentares mais disfuncionais predisseram pior relação com o corpo.

De modo geral, acredita-se que a relação de uma pessoa com seu corpo se relaciona com suas atitudes alimentares. As correlações encontradas apontam nesse sentido, mas para esse grupo de pacientes, avaliadas pelos instrumentos desta pesquisa, a predição de atitudes alimentares pelas corporais não se confirmou. Novos estudos devem investigar se esse resultado é próprio de pacientes com TA e se difere de mulheres jovens de população não clínica. Esse resultado aponta para a importância da investigação e da abordagem aprofundadas das atitudes alimentares, que podem implicar pior relação com o corpo.

O estudo de validação da DEAS encontrou maior escore geral para BN comparada à AN⁵, mas uma exploração de todas as subescalas não foi apresentada. A relação com alimento (DEAS 1) foi avaliada em pacientes com BN no mesmo serviço e encontrou permanência de relacionamento disfuncional mesmo após intervenção multiprofissional e melhora de sintomas bulímicos¹⁵.

O estudo de validação da BAQ⁸ não encontrou diferenciação entre pacientes com AN e BN. Outra avaliação usando a BAQ teve o objetivo de comparar a imagem corporal de pacientes com BN antes e depois de tratamento multiprofissional e encontrou diminuição na aversão e repulsa relacionadas ao corpo (subescala "depreciação") e também na importância do corpo (subescala "saliência das formas") pós-tratamento¹¹. Focando um aspecto diferente – a checagem corporal – em pacientes com TA no mesmo centro de tratamento, verificou-se que pacientes com BN tendem a checar-se de forma mais intensa e também têm maior fobia da checagem corporal do que aquelas com AN e a população não clínica¹⁶ – dados consistentes com o resultado deste estudo para BN.

Estudos internacionais com pacientes com TA corroboram também os presentes resultados ao encontrar imagem corporal mais disfuncional na BN do que na AN. Matera e Schiltz¹⁷ encontraram que pacientes com AN têm a imagem ideal menos comprometida do que pacientes com BN; Hrabosky *et al.*¹⁸ encontraram que pacientes com BN apresentam maior angústia ao lidar com a imagem corporal do que pacientes com AN; e Probst *et al.*¹⁹ encontraram que pacientes com BN apresentam sentimentos mais negativos em relação ao próprio corpo do que pacientes com AN.

Observando-se as subescalas da BAQ, os resultados dos escores foram iguais apenas para "força e aptidão física". Sa-

be-se que os exercícios físicos podem ser praticados de forma abusiva nos TA, e a questão da força e aptidão pode não ser central na imagem corporal de mulheres com TA e/ou não diferenciar os quadros de AN e BN. Scagliusi *et al.*⁸ também observaram que pacientes com AN e BN apresentaram menor pontuação para essa subescala do BAQ em relação à população não clínica – o que se reflete em pior atitude e, talvez, em maior uso da atividade física nos TA.

O achado de que pacientes com AN se sentem menos atraentes também foi encontrado por Guez *et al.*²⁰ e merece discussão. À luz da psicopatologia específica da anorexia, pode-se especular que isso se relacionaria com feminilidade; e, como se sabe, mulheres com AN têm problemas com a identidade feminina^{21,22}.

O achado de pior relação com alimento para BN converge para a necessidade de abordagem não apenas dos sintomas clássicos da síndrome – compulsão e purgação – no tratamento. Acredita-se que quanto mais preocupado com dieta, tipos de alimento e imagem corporal, mais o paciente apresentaria compulsões e mais métodos compensatórios inadequados²³. Portanto, abordar as atitudes alimentares e corporais pode ajudar a evitar recaídas e cronificação do quadro de bulimia.

Comparações entre BN e TCAP (transtorno da compulsão alimentar periódica) em estudos internacionais também reforçam atitudes alimentares mais disfuncionais para BN. No entanto, não se encontrou comparação desse construto com AN. Walsh²⁴ verificou um comer disfuncional na BN, caracterizado por comer em média quatro vezes mais do que a população não clínica em episódios de compulsão alimentar e apresentando ingestão alimentar mais restritiva fora dos episódios de compulsão. Algumas características da BN reforçariam essas atitudes, como impulsividade, humor negativo, baixa autoestima, dificuldade no enfrentamento de situações críticas e componente biológico. Também, quando comparadas à população não clínica, o humor negativo influencia a responsividade do circuito de recompensa esperada para alimentos mais palatáveis na BN, o que pode explicar a maior propensão para se envolver em compulsão alimentar em estado de humor negativo²⁵.

Segundo Hetherington e Rolls²⁶, os pacientes com BN são menos sensíveis para detectar mudanças na distensão gástrica que ocorrem após o consumo de grandes quantidades de alimentos, tendo em vista a reduzida liberação de colecistoquinina, secundária aos episódios de compulsão alimentar, gerando menor resposta de saciedade. Essa disfuncionalidade generalizada em pacientes com BN pode se relacionar ao resultado encontrado de pior relação com alimento quando comparadas com as pacientes com AN; mas, também, o fato de serem normalmente mais extrovertidas e impulsivas²⁷⁻³⁰ pode levar à maior expressão dessa relação comprometida com o alimento. De qualquer forma, esperava-se que, para

outras subescalas da DEAS, houvesse também maior escore para BN, o que não se comprovou nesse grupo, talvez pelo número reduzido de pacientes avaliadas.

Algumas considerações devem ser feitas sobre o presente estudo. Primeiramente, como exposto, este é o primeiro estudo nacional com foco nas atitudes alimentares e corporais exclusivamente de pacientes com BN e AN, fato que dificulta a comparação com outros estudos. Os dados são provenientes de duas escalas específicas e podem não cobrir toda gama de atitudes alimentares e corporais, uma vez que os instrumentos utilizados traduzem apenas dados quantitativos e as respostas são “enquadradas” em atitudes alimentares e corporais previamente conhecidas – cujo foco mais profundo só seria possível com uma investigação qualitativa, método raro e de difícil condução na área dos TA. Além disso, o grupo de pacientes estudadas é razoavelmente pequeno e não se podem generalizar os resultados encontrados para todas as pacientes com TA do Brasil. Ainda assim, ressalta-se a importância da contribuição do estudo, que avaliou pacientes de centro de referência para TA no Brasil, com instrumentos válidos e confiáveis, tendo o mérito de ampliar o conhecimento nessa área ainda pouco explorada.

Acredita-se, portanto, que este estudo contribui para a compreensão de como as atitudes em relação ao alimento se associam a diferentes aspectos das atitudes corporais. Esse entendimento pode direcionar melhores estratégias de tratamento e prevenção do problema, bem como informar profissionais da área da nutrição e saúde sobre a interação desses fatores e a importância de sua adequada avaliação e abordagem no tratamento interprofissional e no atendimento nutricional.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, para esse grupo de pacientes com diagnóstico de AN e BN e que procuraram tratamento em centro especializado para TA: a relação com o alimento e a imagem corporal foi mais comprometida para BN; as atitudes alimentares foram correlacionadas com as atitudes corporais, de maneira mais forte para pacientes com AN; as atitudes alimentares foram preditoras das atitudes corporais para as pacientes em geral.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Aline Cavalcante de Souza – Foi responsável pela concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Fernanda Pisciolaro – Contribuiu na concepção e desenho do estudo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Viviane Ozores Polacow – Contribuiu na concepção e desenho do estudo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Táki Athanássios Cordás – Contribuiu na análise e interpretação dos dados, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Marle dos Santos Alvarenga – Foi responsável pela supervisão de todas as etapas do estudo, participando da concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE E SUPORTE FINANCEIRO

A autora Aline Cavalcante de Souza foi aluna de iniciação científica na modalidade RUSP (institucional) da Universidade de São Paulo e recebeu suporte financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no período entre 1º/8/2012 e 31/7/2013, tendo a autora Marle dos Santos Alvarenga como sua orientadora.

Não há conflitos de interesse por parte de nenhum dos autores e nenhum outro suporte financeiro a ser declarado.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem às nutricionistas dos ambulatórios de atendimento à anorexia e bulimia nervosa do Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clín.* 2004;31(4):154-7.
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. 5th ed. Arlington: APP; 2013.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
4. Alvarenga MS, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa. In: Alvarenga MS, Philippi ST. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004. p. 131-48.
5. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Percept Mot Skills.* 2010;111:379-95.
6. Alvarenga MS, Philippi ST. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar – Conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. *Nutrição e transtornos alimentares – avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole; 2010.
7. Ricca V, Lazeretti L, Faravelli C, Fioravanti G, Sauro CL, Rotella F. Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Compr Psychiatry.* 2012;53:245-51.
8. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA, Coelho D, Alvarenga M, Philippi ST, et al. Psychometric testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Percept Motor Skills.* 2005;101(1):25-41.
9. Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther.* 1994;32(5):497-502.
10. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clín.* 2004;31(4):164-6.
11. Timerman F, Scagliusi FB, Cordás TA. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. *Rev Psiq Clín.* 2010;37(3):113-7.
12. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th. ed. Text revision. Washington: APA; 2000.
13. Alvarenga MS, Pereira RF, Scagliusi FB, Philippi ST, Estima CCP, Croll J. Psychometric evaluation of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Appetite.* 2010;55:374-6.
14. Cash TF, Pruzinsky T (eds.). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002.
15. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Changing attitudes, beliefs and feelings towards food in bulimic patients. *Arch Latinoam Nutr.* 2008;58(3):274-9.
16. Kachani AT, Brasiliano S, Cordás TA, Hochgraf PB. Body checking and associated cognitions among Brazilian outpatients with eating disorders and nonpsychiatric controls. *Body Image.* 2013;10(1):127-30.
17. Matera AB, Schiltz L. Association between attitudes towards body image, negative emotions about one's own body and self-state representations in a clinical sample of eating disordered women. *Arch Psych Psych.* 2011;2:37-43.
18. Hrabosky JJ, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: a multisite study. *Body Image.* 2009;6:155-63.
19. Probst M, Vandereycken W, Van Coppenolle H, Vanderlinden J. The Body Attitude Test for patients with eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat Disord.* 1995;3:133-45.
20. Guez J, Wiesel RL, Valetsky SMA, Sztul DK, Pener BS. Self-figure drawings in women with anorexia; bulimia; overweight; and normal weight: a possible tool for assessment. *Arts Psychother.* 2010;37:400-6.
21. Newton M, Boblin S, Brown B, Ciliska D. Understanding intimacy for women with anorexia nervosa: a phenomenological approach. *Eur Eat Disord Rev.* 2006;14:43-53.
22. Gaspar FL. A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2005;8(4):629-43.
23. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Effects of multiprofessional treatment on clinical symptoms, food intake, eating patterns, eating behaviors and body image of Brazilian bulimic patients. In: Swain P (ed.). *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: new research*. New York: Nova Publishers; 2005. p. 105-43.
24. Walsh BT. The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiol Behav.* 2011;104:525-9.
25. Bohon C, Stice E. Negative affect and neural response to palatable food intake in bulimia nervosa. *Appetite.* 2012;58:964-70.
26. Hetherington MM, Rolls BJ. Dysfunctional eating in the eating disorders. *Psychiatry Clin North Am.* 2001;24(2):235-48.
27. Cassin SE, Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:895-916.
28. Vaz FJ. Outcome of bulimia nervosa: prognostic indicators. *J Psychosom Res.* 1998;45(5):391-400.
29. Alpers GW, Caffer BT. Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eat Behav.* 2001;2:339-52.
30. Alvarenga MS, Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:39-43.