

BOLETIM 10.19

www.sbnpbrasil.com.br



Transtornos Alimentares



Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp)

Presidente

Deborah Amaral de Azambuja

Vice-presidente

Rochelle Paz Fonseca

Tesoureira Geral

Andressa Moreira Antunes

Tesoureira Executiva

Beatriz Bittencourt Ganjo

Secretária Geral

Katie Almondes

Secretária Executiva

Luciana Siqueira

Conselho delibetativo

Annelise Júlio Costa

Leandro Malloy-Diniz

José Neader Abreu

Paulo Mattos

Conselho Fiscal

Fernando Costa Pinto

Lucia Iracema Mendonça

Marina Nery

SBNp Jovem

Presidente

Victor Polignano Godoy

Vice-presidente

Thais Dell'Oro de Oliveira

Secretário Geral

Lucas Matias Felix

Membros da SBNp Jovem

Alberto Timóteo (MG)

Alexandre Marcelino (MG)

Ana Luiza Costa Alves (MG)

André Ponsoni (RS)

Emanuelle Oliveira (MG)

Érika Pelegrino (RJ)

Giulia Moreira Paiva (MG)

Luciano Amorim (PA)

Maila Holz (RS)

Marcelo Leonel (RJ)

Mariana Cabral (MG)

Mariuche Gomides (MG)

Patrícia Ferreira da Silva (RS)

Priscila Corção (RJ)

Waleska Sakib (GO)

Expediente

Editora-chefe

Giulia Moreira Paiva

Editoras assistentes

Mariuche Rodrigues Gomides

Thaís Dell'Oro de Oliveira

Coordenador editorial

Alexandre Marcelino

Projeto gráfico e editoração

Luciano da Silva Amorim

Equipe de revisores

Alina Todeschi

Camila Bernardes

Emanuel Querino

Giulia Moreira Paiva

Isabela Guimarães

Lucas Matias Félix

Thaís Dell'Oro de Oliveira

Victor Polignano Godoy

Revisores desta edição

Isabela Sallum Guimarães

Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Medicina Molecular pela UFMG. Membro do grupo de pesquisa Laboratório de Investigações em Neurociência Clínica no INCT em Medicina Molecular (LINC-INCT-MM). Colaboradora da SBNp Jovem.

Editada em: novembro de 2019

Última edição: setembro de 2019

Publicada em: novembro de 2019



Sociedade Brasileira de Neuropsicologia

Sede em: Avenida São Galter, 1.064 - Alto dos Pinheiros

CEP: 05455-000 - São Paulo - SP

sbnp@sbnpbrasil.com.br

www.sbnpbrasil.com.br



Sumário

- 05** **REVISÃO HISTÓRICA**
Transtornos alimentares: aspectos culturais e intervenção em TCC
- 13** **REVISÃO ATUAL**
Transtornos alimentares: como se relacionam?
- 19** **ENTREVISTA**
- 23** **HANDS ON!**
Escala e questionários para avaliação dos transtornos alimentares

REVISÃO HISTÓRICA

Transtornos Alimentares: aspectos culturais e intervenção em TCC

Luciano da Silva Amorim

Os transtornos alimentares podem ser caracterizados por perturbações comportamentais relacionadas aos hábitos alimentares. Geralmente, envolvem uma preocupação excessiva com a imagem corporal, gerando comportamentos como a ingestão reduzida de alimentos, uso de laxantes e diuréticos, ou a provocação de vômitos logo após o consumo de alimentos (Oliveira e Deiro, 2013; Williamson, Smith, & Barbin, 2007).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2014), fazem parte do grupo de transtornos alimentares: a Pica, o Transtorno de Ruminação, o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar. A tabela 1 traz uma descrição breve de cada um desses transtornos.

Aponta-se o aumento da incidência desses transtornos, tendo quase dobrado o número de casos nas últimas duas décadas, muito embora também existam as hipóteses de que a ampla divulgação do assunto tenha facilitado o diagnóstico preciso, ou de que, na verdade, os números sejam subestimados, uma vez que muitos indivíduos apenas procuram ajuda profissional quando seu quadro está grave. (Dunker & Philippi, 2003; Hsu, 1996; Nilsen, 2001; Prisco et al., 2013).

Tabela 1. Descrição dos Transtornos Alimentares segundo o DSM-V

Pica	Caracterizada pela ingestão de substâncias sem qualquer conteúdo nutricional de forma persistente por pelo menos um mês. As substâncias ingeridas costumam variar com a idade e disponibilidade e podem ser as mais diversas; e o comportamento não pode ser explicado por alguma prática culturalmente aceita ou pela exploração de objetos com a boca acidentalmente ingeridos. Além disso, geralmente não há aversão a alimentos em geral, e o comportamento pode estar relacionado a outros transtornos mentais.
Transtorno de Ruminação	Caracteriza-se pela regurgitação do alimento depois de ingerido repetidamente. O alimento, nesse transtorno, pode estar parcialmente digerido, depois voltar à boca sem náusea aparente, nojo ou ânsia de vômito. Além de ter que acontecer repetidamente, para ser considerado o Transtorno de Ruminação, os comportamentos não podem ser melhor explicados por condições gastrointestinais.
Transtorno Alimentar Restritivo/ Evitativo	Caracteriza-se, principalmente, pela esquiva ou restrição da ingestão alimentar, gerando a não satisfação das demandas nutricionais do indivíduo que, conseqüentemente, levam ao peso inadequado, deficiência nutricional, dependência de alimentação enteral, e/ou alterações no funcionamento psicossocial. Neste caso, não se pode ter um transtorno mental ou outra condição médica, prática culturalmente aceita ou aspecto desenvolvimental que explique o comportamento.
Anorexia Nervosa	Caracteriza-se por restrição de ingestão calórica necessária de acordo com o esperado para o desenvolvimento; medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo quando o peso já está baixo; e perturbação na forma como se experiencia o próprio peso, na autoavaliação do corpo e na imagem corporal.
Bulimia Nervosa	Pode ser definida segundo três características principais, sendo elas: episódios recorrentes de compulsão alimentar; comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso; e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.

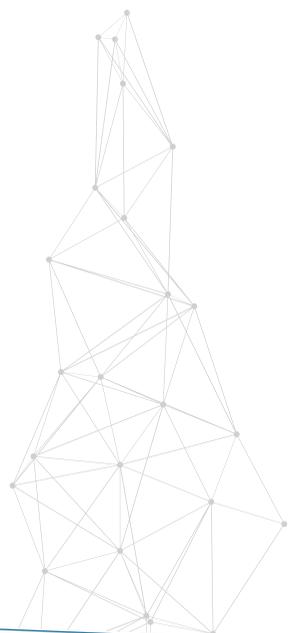


Tabela 1. Descrição dos Transtornos Alimentares segundo o DSM-V

Transtorno de Compulsão Alimentar	Caracteriza-se por episódios de ingestão de alimentos em quantidades maiores do que o esperado em um espaço curto de tempo, acompanhados de uma sensação de falta de controle. Nesses casos, o contexto é importante para considerar se a ingestão excessiva se dá por um transtorno ou por uma ocasião aceitável (como em festas, por exemplo).
-----------------------------------	--

Ainda assim, parece ser consenso de que o perfil mais comum de pessoas afetadas por esses transtornos seja o de adolescentes e adultos do sexo feminino, com prevalência média homem-mulher de aproximadamente 1:10. A incidência estimada da Anorexia Nervosa nessa população é de aproximadamente 8 em cada 100 mil indivíduos por ano. A Bulimia Nervosa, por sua vez, apresenta uma incidência aproximada de 13 por 100 mil indivíduos por ano (Nielsen, 2001; Pinzon & Nogueira, 2004). Isso seria explicado pelas diferenças entre sexos a respeito da autopercepção corporal.

Blashill (2011), em meta análise, sugere, no entanto, um aumento recente na preocupação de homens a respeito de transtornos alimentares, bem como no nível de insatisfação com o próprio corpo. Além do mais, questiona se a diferença se dá de fato pelo sexo ou pelas características de papéis de gênero. Essas características envolveriam comportamentos, interesses e atitudes culturalmente esperadas para cada gênero (empatia e sensibilidade às mulheres; assertividade e autonomia aos homens, por exemplo).

A partir disso e de outros estudos anteriores, aponta que mulheres com características esperadas para o seu gênero teriam níveis significativamente mais elevados de patologias alimentares do que aquelas que apresentassem características do papel de gênero masculino. Portanto, seria mais provável que, independente do sexo, os papéis de gênero sejam uma variável importante na compreensão da diferenciação entre os indivíduos afetados por transtornos alimentares.

Ora, as características associadas ao papel de gênero feminino seriam as mais associadas a esses quadros, uma vez que envolvem passivida-

Notas

1. Para mais informações a respeito de diferenças entre sexos e outras características nos transtornos alimentares, ver Calzo et al. (2017); Guerdjikova et al. (2017); Kinasz et al. (2016); Lavender et al. (2017); Mangweth-Matzek & Hoek (2017); Murakami et al. (2016); Raevuori et al. (2014); Valente et al. (2017)

de, dependência e falta de assertividade - traços relacionados à busca por aprovação de outras pessoas e, portanto, à baixa autoestima e a comportamentos de adequação corporal aos padrões estéticos esperados culturalmente para, assim, alcançar a aprovação social.

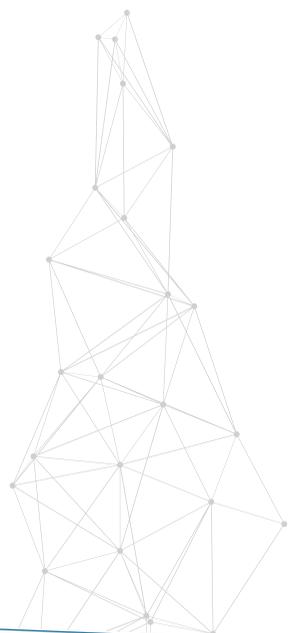
Em relação aos papéis de gênero masculinos, ainda se sabe pouco, devido o foco das pesquisas na área em mulheres, mas o consenso crescente é de que esses papéis estejam, diferentemente dos papéis femininos, relacionados a comportamentos compensatórios, estes já bem descritos na literatura, como a prática de esportes e outros exercícios.

Pesquisas recentes têm tentado mudar esse panorama na tentativa de explicar o fenômeno da diferenciação da prevalência entre os sexos. Valente et al. (2017), por exemplo, em um estudo com 267 participantes (44 homens; 223 mulheres), pacientes de um ambulatório universitário italiano especializado no tratamento de transtornos alimentares, o Adult-Study and Assistance Unit for Eating Disorders of Bologna University, concluíram que homens com Anorexia tendem a apresentar mais o tipo purgativo do transtorno, com comportamentos de jejum e hiperatividade física. Mulheres com anorexia de tipo purgativo apresentariam comportamentos de vômito autoinduzido e uso de laxantes e diuréticos. No que tange à obesidade, essa seria mais prevalente em homens também, e estaria associada à Bulimia Nervosa e à Compulsão Alimentar.

Apesar dessa recente dedicação à investigação dos mecanismos relacionados a transtornos alimentares em homens e mulheres, ainda há muito a se questionar a respeito do campo e de outras variáveis que podem ser explicativas desse fenômeno, dada a sua natureza multifatorial. Para tanto, novas pesquisas são necessárias para dar mais luz às discussões¹.

Diversos tratamentos têm sido pensados para os casos de transtornos alimentares, e, justamente pelo considerável desconhecimento de sua etiologia, ao longo do tempo, a clínica tem se servido de diferentes intervenções.

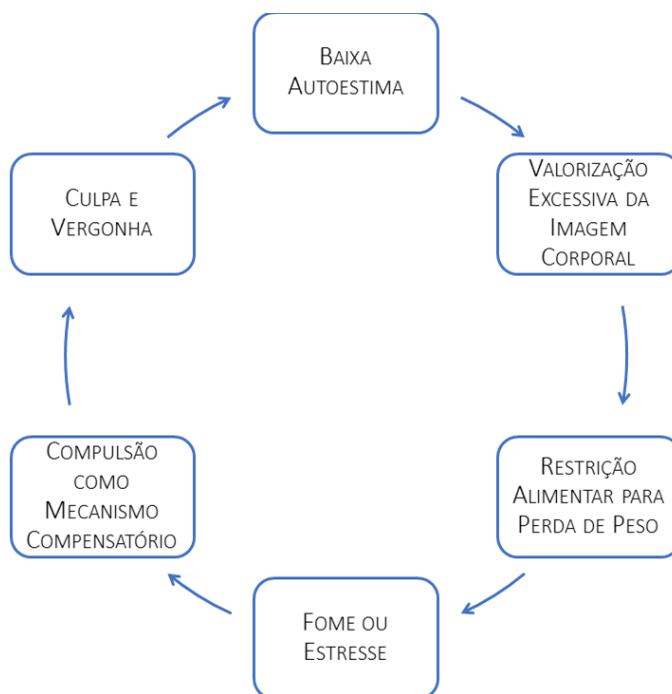
Oliveira & Deiro (2013), em uma revisão da literatura, elucidam essas mudanças, desde a proliferação de explicações psicanalíticas no final da década de 40 até os programas de regime baseado no reforço para os casos de anorexia segundo a Análise do Comportamento. A falta de efetividade desses tratamentos a longo prazo, no entanto, levou à cria-



ção de novas metodologias terapêuticas focadas nas distorções cognitivas e comportamentais que acometiam os pacientes, sendo a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) a principal e amplamente aceita abordagem com evidências de efetividade (Craig et al., 2019; Duchesne & Almeida, 2002; Fairburn et al., 1986; Freeman et al., 1988; Kirkley et al., 1985; Mairs & Nicholls, 2016).

No caso da Anorexia Nervosa, a TCC utiliza-se de técnicas cujo foco se dá em atingir três objetivos principais, sendo eles: a normalização do peso, o tratamentos dos fatores psicológicos subjacentes ao comportamento, e a prevenção de novas crises ou recaídas.

Na Bulimia Nervosa e na Compulsão Alimentar, o foco se dá na normalização dos hábitos alimentares tanto em frequência quanto em quantidade de consumo, além de atuar nas relações desadaptativas entre pensamentos, sentimentos e comportamentos (figura 1) relacionadas à



Notas

2. Descrições de múltiplas técnicas da TCC para tratamento de transtornos alimentar podem ser encontradas em: Aranda, 2007 (pp. 185-208); Duchesne & Almeida, 2002; Williamson, Smith & Barbin, 2007 (pp. 163-183)

Figura 1. Modelo Cognitivo-Comportamental da Bulimia Nervosa e do Transtorno de Compulsão Alimentar. Fonte: Adaptado de “Cognitive behavioural model of bulimia nervosa and binge eating disorder”, de R. Mairs & D. Nicholls, Arch Dis Child, 2016, 101.

imposição de padrões estéticos ao próprio corpo.²

Adicionalmente às técnicas da TCC, é importante considerar o papel do vínculo entre paciente e terapeuta, da participação da família no processo terapêutico, bem como o de diversos outros profissionais que podem auxiliar na construção de uma abordagem o mais ampla possível para lidar com os transtornos alimentares.

Também, cabe ressaltar a necessidade de mais estudos nacionais, tanto no que diz respeito aos efeitos da TCC nos diversos tipos de transtornos alimentares, quanto nos métodos de trabalho de psicoterapeutas dessa abordagem, para a melhor compreensão desse fenômeno bem como formas mais adequadas de intervir na população brasileira.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.

Aranda, F. F. (2007). Tratamento passo a passo dos transtornos do comportamento alimentar. In V. E. Caballo (Org.), Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade (pp. 185-208). São Paulo: Santos Editora.

Blashill, A. J. (2011). Gender roles, eating pathology, and body dissatisfaction in men: A meta-analysis. *Body Image*, 8(1), 1-11. doi: 10.1016/j.bodyim.2010.09.002.

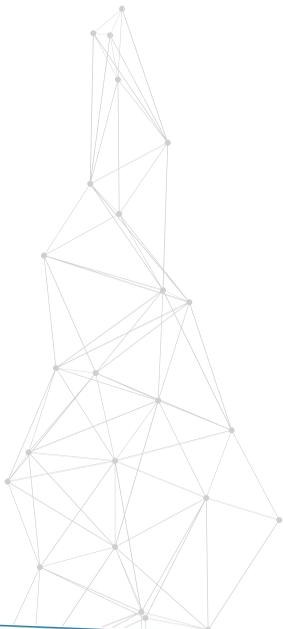
Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. *Curr Psychiatry Rep.*, 19(8), 49. doi: 10.1007/s11920-017-0801-y.

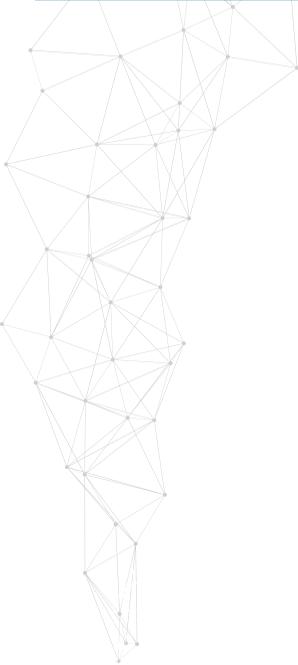
Craig, M., Waive, J., Wilson, S., & Waller, G. (2019). Optimizing treatment outcomes in adolescents with eating disorders: The potential role of cognitive behavioral therapy. *Int J Eat Disord*, 52(2), 538-542. doi: 10.1002/eat.23067.

Duchesne, M., & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*, 24, 49-53.

Dunker, K. L. L., & Philippi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16(1), 51-60. doi: 10.1590/S1415-52732003000100006.

Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M. & Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 629-643.





Freeman, C. P. L., Barry, F., Dunkeld-Turnbull, J. & Henderson, A. (1988). Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *British Medical Journal*, 296, 521-525.

Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2017). Binge eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 255-266. doi: 10.1016/j.psc.2017.01.003.

Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 681-700. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70375-0.

Kinasz, K., Accurso, E. C., Kass, A. E., & Le Grange, D. (2016). Does sex matter in the clinical presentation of eating disorders in youth?. *J Adolesc Health*, 58(4), 410-416. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.11.005.

Kirkley, B. G., Schneider, J. A., Agras, W. S., & Bachman, J. A. (1985). Comparison of two group treatment of bulimia. *Behavior Therapy*, 23, 657-670.

Lavender, J. M., Brown, T. A., & Murray, S. B. (2017). Men, muscles, and eating disorders: an overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. *Curr Psychiatry Reports*, 19(6), 32. doi: 10.1007/s11920-017-0787-5.

Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*, 101, 1168-1175. doi: 10.1136/archdis-child-2015-309481

Mangweth-Matzek, B., & Hoek, H. W. (2017). Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Curr Opin Psychiatry*, 30(6), 446-451. doi: 10.1097/YCO.0000000000000356.

Murakami, J. M., Essayli, J. H., & Latner, J. D. (2016). The relative stigmatization of eating disorders and obesity in males and females. *Appetite*, 102, 77-82. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.027

Nilsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 201-214. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70217-3.

Oliveira, L. L., & Deiro, C. P. (2013). Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. *Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.*, 15(1), 36-49.

Prisco, A. P. K., Araújo, T. M., Almeida, M. M. G., & Santos, K. O. B. (2013). Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1109-1118.

Pinzon, V., & Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin*, 31(4), 158-160.

Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., & Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Curr Opin Psychiatry*, 27(6), 426-30. doi: 10.1097/YCO.0000000000000113.

Valente, S., Di Girolamo, G., Forlani, M., Biondini, A., Scudellari, P., De Ronchi, D., & Atti, A. R. (2017). Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. *Eat Weight Disord*, 22(4), 707-715. doi: 10.1007/s40519-017-0432-7

Williamson, D. A., Smith, C. F., & Barbin, J. M. (2007). Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos da alimentação. In V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (pp. 162-183). São Paulo: Santos Editora.



REVISÃO ATUAL

Transtornos Alimentares e Bullying: como se relacionam?

Alexandre Marcelino Lopes de Souza

Bullying

Bullying, termo originário da palavra inglesa bully, significa valentão, briga ou similares a quem utiliza de recursos para intimidar outras pessoas. O termo diz respeito a comportamentos mal intencionados que ocorrem repetidas vezes, focados diretamente a uma pessoa que tem dificuldade de defender a si mesma (Olweus, 1994). O bullying pode ocorrer na forma de ataques físicos, furtos, isolamento social, sujeição a mentiras e rumores, ameaças e provocações verbais (Keltner, Capps, Kring, Young, & Heerey, 2001), sendo as provocações verbais a forma mais comum de bullying (Baldry, 1998; Rivers & Smith, 1994; Sweetingham & Waller, 2008).

Bullying também tem sua manifestação através de formas de comunicação online, sendo denominado cyber-bullying, embora esta seja menos prevalente que formas tradicionais de bullying (Olweus, 2012; Salmivalli, 2013), quer seja por parte de vítimas, perpetradores ou perpetradores-vítimas (Modecki et al. 2014).

Silva et al. (2019), em sua pesquisa com 102.301 escolares brasileiros entre 13 e 15 anos de idade de colégios públicos e privados, constataram como, em 2015, 19,8% dos estudantes demonstraram ter sofrido algum tipo bullying durante o ano, porcentagem superior à média inter-

nacional (Craig et al., 2009).

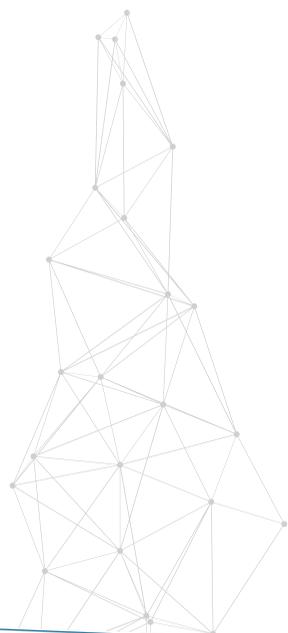
Além disso, sofrer bullying tem sido associado com o desenvolvimento de problemas emocionais (Reijntjes et al., 2010) que, conseqüentemente, podem contribuir com o desenvolvimento ou manutenção de transtornos alimentares (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004). Assim, tendo em vista a prevalência do fenômeno no cenário brasileiro e o impacto que o mesmo tem na vida de quem é vítima desses atos, é de suma importância avaliar a relação existente entre bullying e transtornos alimentares.

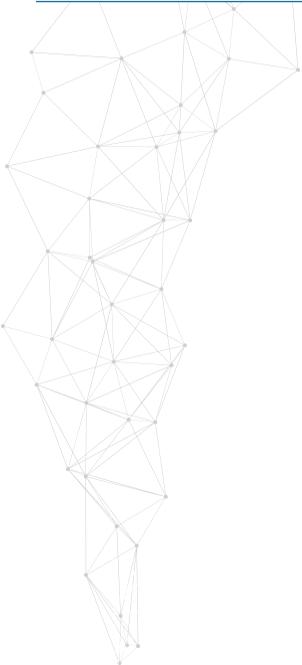
Transtornos Alimentar e Bullying

Um transtorno alimentar é caracterizado por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial (DSM-V, 2014). Dentre os transtornos alimentares existentes estão a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, o Transtorno de Compulsão Alimentar, dentre outros.

Muitos são os fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação persistente na alimentação, tal como efeitos biológicos, genéticos, ambientais, psiquiátricos entre outros (Klump, 2013; Trace, Baker, Penas-Lledo, & Bulik, 2013; Agras, 2001). Porém, como sintomas de transtornos alimentares frequentemente surgem na adolescência, coincidindo com a puberdade, uma etapa de significativa maturação biológica e psicológica, efeitos negativos conseqüentes de bullying, tal qual rompimentos de relações sociais, isolamento, entre outros, podem ter grande relevância para a compreensão dos transtornos alimentares e conseqüentes intervenções (Duarte, Pinto-Gouveia, & Rodrigues, 2015; Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Ainda quanto a efeitos negativos conseqüentes de bullying, pesquisas têm demonstrado como provocações relacionadas à aparência estão associadas a insatisfação corporal, início de dietas restritivas e comportamentos bulímicos (Menzel et al., 2010). Ademais, pacientes com transtornos alimentares tendem a demonstrar comportamentos submissivos e desfavoráveis socialmente quando comparados com indivíduos saudáveis (Troop, Allan, Treasure, & Katzman, 2003), podendo





tais comportamentos ser causados ou exacerbados por experiências de bullying ou provocações verbais anteriores (Lie et al., 2019).

Eddy et al. (2007), em uma amostra de crianças e adolescentes sob tratamento por sobrepeso, demonstraram como afeto negativo, experiências de bullying verbal e internalização patológica de um peso ideal contribuem diretamente para o desenvolvimento de sintomas de transtornos alimentares.

Em sua meta-análise, Lie et al. (2019), apontam como indivíduos com anorexia nervosa demonstraram terem sofrido bullying em maior quantidade quando comparados com o grupo controle. De igual forma, grupos que apresentaram bulimia nervosa ou transtorno de compulsão alimentar demonstraram ser significativamente mais suscetíveis que o grupo-controle saudável a terem sofrido bullying quanto à sua aparência ou outros motivos. Concluiu-se, então, que indivíduos com transtornos alimentares, quando comparados com seus pares saudáveis, demonstraram ser duplamente, ou mesmo triplamente mais suscetíveis a terem sofrido bullying acerca de sua aparência e de terem recebido tais provocações mesmo antes de desenvolverem o transtorno alimentar.

Bullying no Viés do Perpetuador

Mas ao falar de bullying, não é apenas a vítima quem sofre de efeitos negativos em sua qualidade de vida geral. Embora as evidências ainda sejam escassas, algumas pesquisas sugerem que perpetradores de bullying têm maior tendência à também ter algum tipo de transtorno alimentar, principalmente bulimia nervosa e anorexia nervosa (Kaltiala-Heino et al., 2000; Kaltiala-Heino et al., 2003).

Além disso, estudos mostram como indivíduos que sofrem bullying e também praticam o ato, quando comparados com seus pares que apenas sofrem ou apenas praticam bullying, têm maior risco de desenvolver algum tipo de adoecimento psiquiátrico, além de terem maior risco de suicídio (Copeland et al., 2013; Kim & Leventhal, 2008; Winsper, Lereya, Zanarini, & Wolke, 2012). Tal afirmação é corroborada por Silva et al. (2019), que complementa como perpetradores-vítimas tendem a ser mais frequentemente rejeitados pelos colegas de turma tal como tendem a ter menos amigos, um efeito que resulta de um desenvolvimento empobrecido de habilidades sociais (Hussein, 2013).

Conclusão

Bullying é uma realidade no Brasil e no mundo, e sua concretização, em todos os seus aspectos, quer seja sob manifestações tradicionais ou pela sua faceta digital, resulta em prejuízos em todas as esferas de vida do indivíduo, tanto para quem perpetua o ato quanto para a vítima.

A relação direta existente entre bullying e o desencadeamento de problemas emocionais reforça consequências de afeto negativo, isolamento social, insatisfação corporal e o próprio desenvolvimento de transtornos alimentares, assim, intervenções focadas em atos de bullying possibilitam melhora na qualidade de vida geral do indivíduo, desenvolvimento de habilidades sociais para resolução de problemas de maneiras adaptativas, diminuição da evasão escolar e conseqüente melhora na qualidade do aprendizado, além de fomento de um ambiente de suporte para a constituição de um indivíduo integral em todas as suas particularidades biológicas, culturais e psicológicas.

REFERÊNCIAS

Agras, William Stewart. 2001. The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 24:371–379.

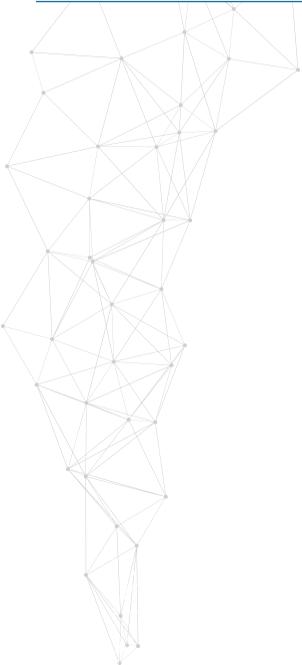
Association, American Psychiatric. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais: DSM-V*, São Paulo: Artmed, 2014.

Baldry, Anna Costanza. (1998). Bullying among Italian middle school students: Combining methods to understand aggressive behaviours and victimization. *School Psychology International*, 19(4), 361–374. <https://doi.org/10.1177/0143034398194007>

Carlyle, Kellie, Steinman KJ. Demographic differences in the prevalence, co-occurrence, and correlates of adolescent bullying at school. *J Sch Health*. 2007; 77(9):623-629.

Copeland, W. E., Wolke, Dieter., Angold, A., Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419–426.

Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health [Internet]*. 2009 Sep [cited 2019 Mar 18];54(Suppl 2):216–24. Disponível em: Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2747624/> . doi: 10.1007/s00038-009-5413-9



Duarte, C., Pinto-Gouveia, José Augusto., Rodrigues, T. (2015). Being bullied and feeling ashamed: Implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 44, 259–268

Eddy, K. T., Tanofsky-Kraff, M., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B., Brown, T. A., & Ludwig, D. S. (2007). Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2360–2371. doi:10.1016/j.brat.2007.03.017

Hussein, M. H. (2013). The social and emotional skills of bullies, victims, and bully-victims of Egyptian primary school children. *International Journal of Psychology*, 48(5), 910–921. <http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2012.702908>

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school - an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23(6), 661–674. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0351>

Kaltiala-Heino, R., Rissanen, A., Rimpelä, M., & Rantanen, P. (2003). Bulimia and impulsive behaviour in middle adolescence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(1), 26–33.

Keltner, D., Capps, L., Kring, A. M., Young, R. C., & Heerey, E. A. (2001). Just teasing: A conceptual analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 127(2), 229–248. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.229>

Kim, Y. S., & Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 133–154.

Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and Behavior*, 64, 399–410. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.02.019

Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse Negl.* 2007; 31(2):161-171.

Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T., & Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body Image*, 7(4), 261–270. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.05.004>

Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 602–611.

Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1171–1190. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x>

Olweus D. Cyberbullying: An overrated phenomenon? *Eur J Dev Psychol* 2012;9:520e38.

Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse and Neglect*, 34(4), 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.009>

Rivers, I., & Smith, P. K. (1994). Types of bullying behaviour and their correlates. *Aggressive Behavior*, 20(5), 359–368. [https://doi.org/10.1002/1098-2337\(1994\)20:5<359::AID-AB2480200503>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-2337(1994)20:5<359::AID-AB2480200503>3.0.CO;2-J)

Salmivalli C, Sainio M, Hodges EV. Electronic victimization: Correlates, antecedents, and consequences among elementary and middle school students. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013;42:442e53.

Silva, Jorge Luiz da, Oliveira, Wanderlei Abadio de, Mello, Flávia Carvalho de Malta, Prado, Rogério Ruscitto do, Silva, Marta Angélica Iossi, Malta, Deborah Carvalho. (2019). Prevalência da prática de bullying referida por estudantes brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 28(2), e2018178. Epub June 27, 2019. <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200005>

Silva, J. L., Komatsu, A. V., Zequinão, M. A., Pereira, B. O., Wang, G. Y., & Silva, M. A. (2019). Bullying, social skills, peer acceptance, and friendship among students in school transition. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 36, e180060. Epub October 28, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0275201936e180060>

Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198

Sweetingham, R., & Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 401–407. <https://doi.org/10.1002/erv.839>

Trace, S. E., Baker, J. H., Penas-Lledo, E., & Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 589–620. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546

Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: A prospective birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(3), 271–282 e273, 282. e3.

ENTREVISTA

Nesta edição, Ana Luiza Costa Alves entrevistou Bruno Nazar, médico psiquiatra (UFF), mestre e doutor na área de TDAH e transtornos alimentares (IPUB/UFRJ). É coordenador adjunto do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB-UFRJ). Atua como Professor - docente permanente - do Programa de Pós Graduação em Psiquiatria do IPUB-UFRJ e como médico psiquiatra no ambulatório de Transtornos Alimentares e Obesidade. É Editor Associado do periódico Trends in Psychiatry and Psychotherapy e atua como revisor de periódicos nacionais e internacionais. Também faz parte de sociedade nacionais e internacionais como a Academy of Eating Disorders e a Eating Disorders Research Society, onde compõe o comitê de avaliação de membros, e a Associação Brasileira de Psiquiatria. Recebeu o prêmio "Associate of King's College - London" após conclusão do doutorado em TDAH e Transtornos Alimentares, realizado de forma conjunta no IPUB-UFRJ e no King's College - London. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria, atuando principalmente nos seguintes temas: transtornos alimentares, compulsão alimentar, bulimia nervosa, obesidade e eating disorders, transtorno do déficit de atenção / hiperatividade e transtorno de personalidade borderline.

Dr. Bruno Nazar, o senhor poderia nos contar um pouco da sua história com a Neuropsicologia dos Transtornos Alimentares?

Iniciei minha prática em psiquiatria trabalhando no serviço coordenado pelo professor Paulo Mattos, o Grupo de Estudos do Déficit de Atenção (GEDA-IPUB-UFRJ) onde comecei a ter contato com neuropsicologia. Nessa época o grupo havia acabado de publicar a primeira pesquisa mundial descrevendo a comorbidade de TDAH e Transtornos Alimentares e o professor Paulo pediu que eu cuidasse dessa linha de pesquisa pois já gostava dessa interface. Em seguida comecei a trabalhar num centro especializado em Transtornos Alimentares para avaliar a presença de TDAH nesses pacientes. Inicialmente nossa equipe realizou

caracterizações em psicopatologia e posteriormente investigamos se havia algum tipo de prejuízo neuropsicológico específico a essa comorbidade.

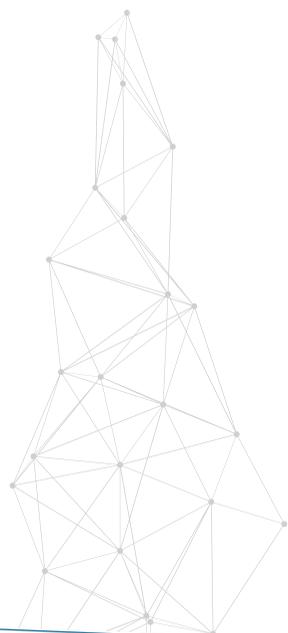
Durante a faculdade de Medicina não temos quase nenhum contato e mal recebemos informações sobre esta prática. Mesmo durante a residência médica em Psiquiatria, o contato com neuropsicologia e trans-tornos de aprendizagem é pequeno e na época eu quis complementar minha formação aprendendo mais sobre TDAH.

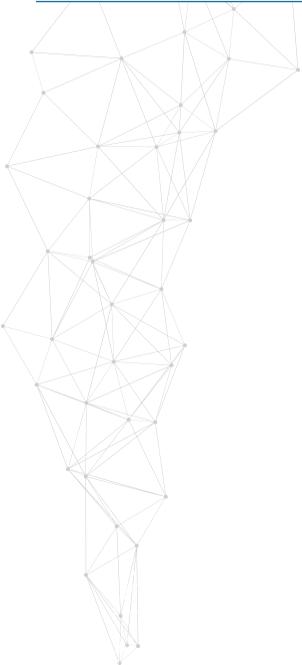
Em relação ao tratamento dos transtornos alimentares, como o conhecimento em neuropsicologia pode contribuir com a prática clínica?

Uma expressiva parcela das pessoas com transtornos alimentares vai experimentar um curso crônico de sua doença. Mesmo com os tratamentos considerados padrão-ouro, a remissão completa dos sintomas nem sempre ocorre. Por exemplo, em alguns relatos, apenas 50% dos pacientes com Bulimia Nervosa vai apresentar remissão após um pacote específico de tratamento com psicoterapia cognitivo-comportamental; as pacientes com Anorexia Nervosa necessitam de intervenções estruturadas de longo prazo, por vezes um ano dentro de um tipo de tratamento, para tentar obter remissão. Em vista disso, caracterizar como cada uma das síndromes dentro dos transtornos alimentares acometem a cognição pode facilitar a criação de protocolos de terapia neuropsicológica que auxiliem na melhor eficácia de outras intervenções. A equipe de transtornos alimentares do King's College de Londres, liderada pela neuropsicóloga Kate Tchanturia tem sido pioneira neste trabalho. Este grupo criou e validou uma intervenção de terapia de remediação cognitiva para Anorexia Nervosa, após extensas pesquisas caracterizando o perfil de prejuízo neuropsicológico nestas pacientes.

Considerando a prevalência dos transtornos alimentares há algumas décadas e as suas manifestações clínicas, quais são as principais diferenças encontradas atualmente? E as semelhanças?

A frequência de transtornos alimentares tem aumentado na população. Especialmente as síndromes incompletas ou quadros subclínicos de Anorexia, Bulimia e do transtorno alimentar mais comum, o Transtorno





da Compulsão Alimentar (o TCA). Apesar de ser muito relacionado ao ideal de beleza contemporâneo, a Anorexia Nervosa possui relatos desde a idade média, quando as jovens realizavam jejuns e induzem vômitos alegando motivações religiosas. Já os quadros de Bulimia Nervosa e TCA apresentam descrições mais modernas na literatura.

Quais são os principais desafios enfrentados na prática clínica atual?

Há uma escassez de profissionais e locais de tratamento especializados em transtornos alimentares em nosso país. Para todo o território brasileiro, possuímos apenas 10 leitos de enfermaria especializada em transtornos alimentares, todos na cidade de São Paulo. Levando-se em conta que as pacientes com Anorexia Nervosa podem ter internações de meses, as filas de espera se avolumam, o que pode ser perigoso visto que é a doença psiquiátrica de maior mortalidade.

É difícil a organização de equipes especializadas na rede pública pela necessidade de profissionais de várias áreas (psiquiatra, clínico geral, psicólogo, nutricionista, enfermeiro).

Outra dificuldade são as campanhas de conscientização contra a obesidade que podem aumentar a frequência de transtornos alimentares se não forem bem planejadas. Campanhas baseadas em adjetivos negativos contra o corpo obeso reforçam o estigma e o preconceito contra esta população. As campanhas devem ser focadas em hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física para que sejam mais eficazes sem reforçar um estereótipo de corpo a ser alcançado ou de um corpo a ser temido.

É possível traçar um paralelo entre a compulsão alimentar e a anorexia?

Na Anorexia Nervosa há uma busca incansável pela magreza com práticas inadequadas e danosas ao organismo para se obter esse corpo idealizado. As pessoas com Anorexia em geral apresentam fortes traços de obsessionalidade e perfeccionismo. É muito comum a pouca flexibilidade cognitiva e forte capacidade de controle de impulsos.

Já os episódios de compulsão alimentar são caracterizados por uma sensação de perda de controle da capacidade em selecionar o tipo ou a quantidade de alimento a ser ingerida, associado à ingestão de grande quantidade de alimento num curto espaço de tempo. Quando associados a outros marcadores cognitivos e comportamentais de perda de controle, além de ocorrendo pelo menos 1x semana no último mês, caracterizamos o TCA. As pessoas com Anorexia também podem ter episódios de compulsão, porém, menos intensos e menos frequentes que no TCA pois a perda de peso predomina. Aqueles com TCA tem uma chance muito maior do que o resto da população de chegar na obesidade.

Ambos os transtornos possuem em comum graves perturbações no comportamento alimentar, na capacidade da regulação do peso e na regulação de emoções e auto estima baseada nestes.



HANDS ON!

Escalas e Questionários para Avaliação dos Transtornos Alimentares

Priscila Corção Bittencourt Moraes

Os achados neuropsicológicos sobre os Transtornos Alimentares demonstram alguns níveis de disfunções cognitivas, entretanto a literatura demonstra que existem muitas divergências nos estudos sobre tais disfunções. A revisão literária feita por Duscesne et al (2004) confirmou que os Transtornos Alimentares parecem estar associados com algum grau de disfunção neuropsicológica, embora as funções específicas que se apresentam deficitárias não sejam consistentes entre os estudos encontrados.

A Anorexia Nervosa (AN) é o Transtorno Alimentar que conta com mais estudos neuropsicológicos e, de uma forma geral, os resultados apontam para déficits de atenção, déficits viso-espaciais e de viso-construção. A neuropsicologia da Bulimia Nervosa (BN) foi menos explorada, porém os estudos encontrados sugerem que algumas alterações cognitivas possam estar presentes. As alterações mais encontradas na BN são déficits de atenção seletiva e das funções executivas (Duchesne et al., 2004). No caso do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), achados recentes encontraram que quanto maior a gravidade desse transtorno, menor o desempenho nas funções executivas relativas à atenção seletiva e ao controle inibitório. Além de demonstrarem dificuldades em tarefas de tomada de decisão e planejamento (Córdova, 2014).

O fato de que, após o tratamento, alguns pacientes apresentam uma

melhora no funcionamento cognitivo poderia indicar que, em alguns casos, os déficits seriam funcionais. A ausência de melhora no funcionamento cognitivo de alguns pacientes, após diversas formas de intervenção, pode sugerir que estes déficits antecedem o desenvolvimento dos Transtornos Alimentares, podendo, assim, contribuir para seu desenvolvimento ou para um pior prognóstico (Duschesne et al, 2004).

A AN, BN e o TCAP, sendo transtornos de origem multifatorial, necessitam de avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção. Assim, a aplicação de instrumentos que avaliam as comorbidades (especialmente sintomas depressivos e ansiosos), a imagem corporal, a qualidade de vida e adequação social, além daqueles utilizados para o rastreamento ou diagnóstico do transtorno em si, será de grande utilidade para uma melhor compreensão do quadro clínico e elaboração de estratégias de tratamento mais adequadas, que poderão melhorar os indicadores de sucesso terapêutico (Freitas; Gorenstein & Appolinario, 2002)

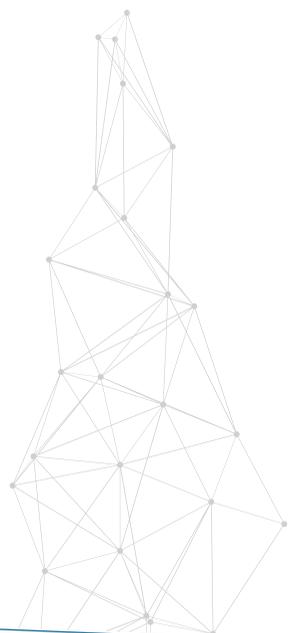
Há ainda muita controvérsia sobre os métodos mais adequados para a avaliação dos transtornos alimentares. De um modo geral, podemos agrupar os instrumentos de avaliação em, pelo menos, três categorias: questionários auto-aplicáveis; entrevistas clínicas; automonitoração.

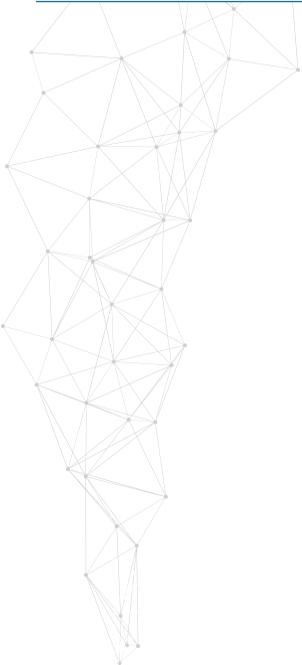
Os questionários auto-aplicáveis são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos. Vários deles apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por considerarem vergonhoso, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face-a-face. Alguns fornecem uma medida da gravidade do transtorno alimentar, podendo ser utilizados na avaliação de mudanças ao longo de um tratamento. Entretanto, muitos conceitos, incluindo o de compulsão alimentar periódica, são difíceis de avaliar com exatidão, quando se utiliza um questionário auto-aplicável (Freitas; Gorenstein & Appolinario, 2002).

Os instrumentos auto-aplicáveis mais utilizados são:

Eating Attitudes Test – EAT ou Teste de Atitudes Alimentares

Desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), é um dos instrumentos mais utilizados atualmente. A princípio este teste totalizava 40 questões,





mas posteriormente propuseram a versão abreviada (EAT-26) com 26 itens que foi traduzida para o português e validada por Bighetti (2003). Cada questão apresenta seis opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (sempre = 3 pontos, muitas vezes = 2 pontos, às vezes = 1 ponto, poucas vezes = 0 ponto, quase nunca = 0 ponto e nunca = 0 ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a nº 26, sendo que para respostas mais sintomáticas, "sempre", "muitas vezes" e "às vezes", não são dados pontos e para as alternativas "poucas vezes", "quase nunca" e "nunca", são conferidos 1, 2 e 3 pontos, respectivamente. O ponto de corte estabelecido são pontuações maiores que 21 (EAT+), logo indicando a sintomatologia relacionada à anorexia. A escala EAT é utilizada principalmente para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de AN ou BN. O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente (Freitas; Gorensteinb & Appolinario, 2002; Bighetti, 2003; Penteado; Oliveira; Teixeira; Chaves; da Costa, 2012).

Binge Eating Scale – BES ou Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

A BES é um questionário auto-aplicável, desenvolvido por Gormally, Black, Daston e Rardin (1982) amplamente utilizado e que se mostra adequado para discriminar indivíduos obesos de acordo com a gravidade da TCAP. É uma escala Likert, composta por 16 itens que avaliam as manifestações comportamentais e os sentimentos e cognições envolvidos num episódio de compulsão alimentar periódica. Fornece o resultado em três categorias: TCAP grave (escore 27), moderada (escore entre 18 e 26) e ausência de TCAP (escore <17). A versão em português – Escala de Compulsão Alimentar Periódica – foi traduzida e validada por Freitas, Lopes, Coutinho e Appolinario (2001), com adequadas propriedades psicométricas que indicam sua utilização, no ponto de corte 17, para o rastreamento do TCAP em indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer. Entretanto, os autores pontuam que não se trata de um instrumento diagnóstico e, por isso, deverá ser confirmado por uma entrevista clínica. Sua aplicação possibilita a elaboração de estratégias terapêuticas mais adequadas e a avaliação sequencial do tratamento nesse subgrupo de pacientes obesos. É importante pontuar que a validação do teste ocorreu através da aplicação da versão final do ECAP em um grupo de 32 pessoas obesas (que possuíam critérios

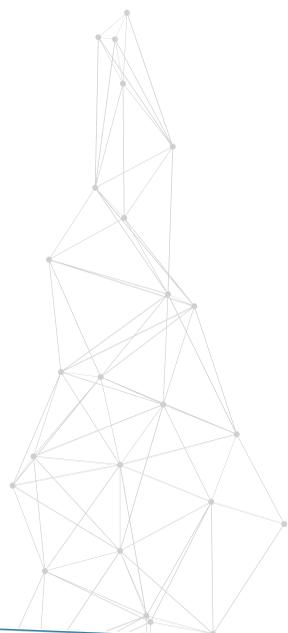
para oTCAP e que buscavam emagrecer). Visto o número pequeno desta amostra, torna-se necessário aplicar o mesmo teste em uma amostra maior de pessoas que possuem critérios para o TCAP para observar se os resultados estarão em aquiescência com o que apresenta a literatura do tema (Freitas; Gorensteinb & Appolinario, 2002; Freitas, Lopes, Coutinho e Appolinari; 2001; Fernandes e Resende, 2014).

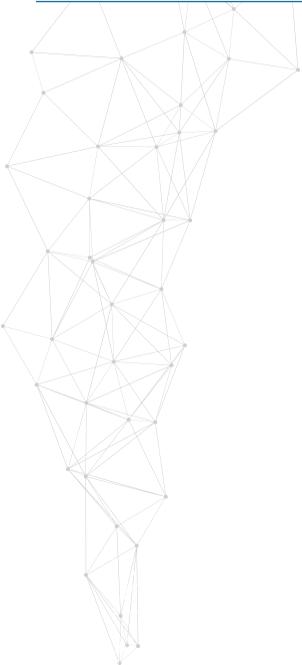
Bulimic Investigatory Test Edinburg – BITE ou Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo

O questionário foi desenhado e validado por Henderson e Freeman (1987) para identificar indivíduos com compulsão alimentar e avaliar os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à BN. O instrumento foi traduzido para o português como Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (Cordás & Hochgraf, 1993) e está validado em população brasileira (Nunes, 2003). É recomendável que os sujeitos respondam ao questionário considerando seus comportamentos nos últimos três meses. Ele é composto por 30 questões para se determinar a sintomatologia relacionada com bulimia, tendo como respostas "sim" ou "não". A escala BITE está dividida em duas subescalas, uma de sintomas e outra de severidade. Na escala de sintomas, a subdivisão ocorre em três grupos, em que o escore < 10 está dentro dos limites de normalidade, ou seja, ausência de compulsão alimentar; o escore entre 10 e 19 sugere um padrão alimentar não usual e o escore > 20 indica alto grau de desordem alimentar, com presença de episódios bulímicos e grande probabilidade de apresentar diagnóstico de bulimia. Na escala de severidade mede-se a gravidade do comportamento em função de sua frequência, ou seja, as pontuações > 5 possuem um escore clinicamente significativo e os que têm pontuações > 10 apresentam um alto grau de severidade. Um diferencial da escala BITE é que ela foi traduzida e adaptada por Ximenes, Colares, Bertulino, Couto e Sougey (2014) para utilização em adolescentes para avaliação de sintomas de BN (Penteadó; Oliveira; Teixeira; Chaves; da Costa, 2012; Ximenes; Colares; Bertulino; Couto; Sougey, 2014).

Body Shape Questionnaire - BSQ

O Body Shape Questionnaire (BSQ) avalia o grau de insatisfação corporal nas últimas quatro semanas com base em 34 itens em escala Likert





de pontos, com suas respostas podendo variar de 1 (Nunca) a 6 (Sempre). Esse instrumento foi desenvolvido originalmente por Cooper et al. (1987) e validado para adolescentes brasileiros por Conti et al. (2009). A pontuação varia de 34 a 204 pontos, sendo que quanto maior o escore obtido maior a insatisfação com o corpo. O BSQ fornece uma avaliação contínua e descritiva dos distúrbios da imagem corporal em população clínica e não clínica e pode ser utilizado para avaliar o papel deste distúrbio no desenvolvimento, na manutenção e na resposta ao tratamento da AN e da BN. O instrumento tem demonstrado bons índices de validade discriminante e concorrente e boa confiabilidade teste-reteste, bem como adequada consistência interna (Campana; Campana; Tavares, 2009; Freitas; Gorenstein & Appolinario, 2002; Meireles; Amaral; Neves; Conti; Ferreira, 2015).

Escala de figuras de Stunkard

A Escala de Silhuetas de Stunkard foi desenvolvida por Stunkard et al. (1983) e também foi validada para o Brasil por Scagliusi & cols (2006). A escala é composta de nove figuras para cada sexo que variam de imagens de silhuetas muito magras a muito gordas, sendo usada para verificar a insatisfação corporal. Esta medida de insatisfação atende à concepção de que a insatisfação corporal é dada pela distância entre o corpo real e o corpo ideal. A escala possui propriedades psicométricas favoráveis. (Campana; Campana; Tavares, 2009; Côrtes; Meireles; Friche; Caiaffa; Xavier, 2013).

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. C. de; Piologo, L. F.; Barbosa, L. G.; Neto, J. G. de O. (2016). Triagem de transtornos alimentares em estudantes universitários na área da saúde. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 20(3):230-243
- Bighetti, F. (2003). Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Camacho, J.; Escoto, C. & Díaz, J. M. M. (2008). Neuropsychological evaluation in patients with eating disorders. *Salud Mental*. 31(6), 441-446.
- Campana, A. N. N. B.; Campana, M. B.; Tavares, M. da C. G. C. F. (2009). Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. *Avaliação Psico-*

lógica, 8(3), 437-446.

Conti, M.A.; Cordás, T.A.; Latorre, M. R. O. (2009). A study of the validity and reability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 9:331-8

Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z.; Fairbum, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord*; 6:485-94

Cordás, T. A., Hochgraf, P. B., & O Bite. (1993) Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *J. Bras. Psiquiatr.* (42), 141-144.

Córdova, M. E. (2014). Perfil Nutricional e Neuropsicológico das Funções Executivas no Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Côrtes, M. G.; Meireles, A. L.; Friche, A. A. de L.; Caiaffa, W. T.; Xavier, C. C. (2013). O uso de escalas de silhuetas na avaliação da satisfação corporal de adolescentes: revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(3):427-444.

Duchesne, M.; Mattos, P.; Fontenelle, L. F.; Veiga, H.; Rizo, L. & Appolinario, J. C. (2004). Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(2), 107-117.

Eisler, I.; Szmukler, G.I. (1985). Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. *J Psychiatr Res*;19:171-6.

Fernandes, M. A.; Resende, F.M. (2014). A Compulsão Alimentar no Ambiente Acadêmico. *Horizontes – Revista de Educação*, Dourados, MS, n.3, v2.

Freitas, S.; Gorenstein, C. & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(Suppl. 3), 34-38

Freitas, S.; Lopes, C.S.; Coutinho, W.; Appolinario, J.C. (2001). Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr.* 23(4):215-20.

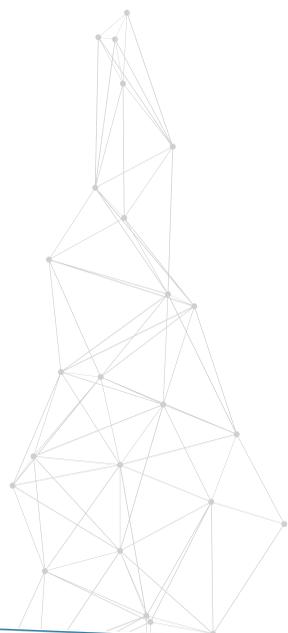
Garner, D.M.; Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*;9:273-9.

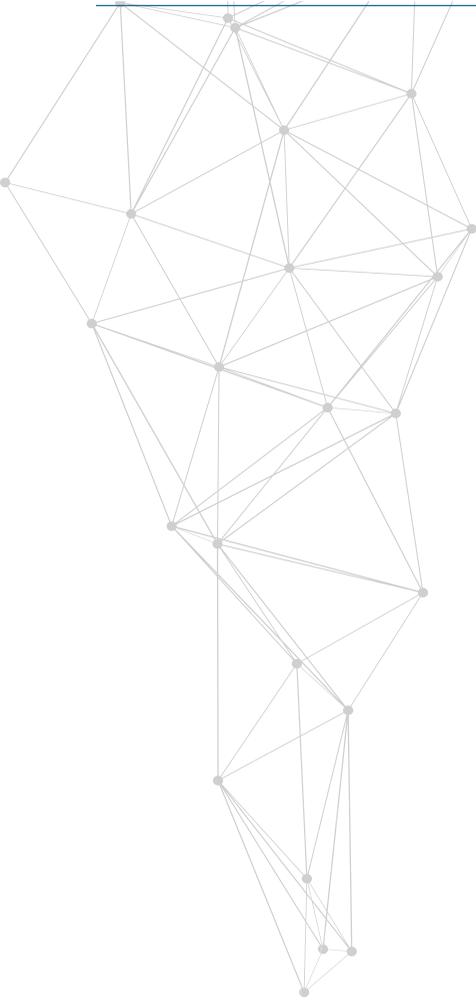
Gormally, J.; Black, S.; Daston, S.; Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* 7:47-55.

Henderson, M. & Freeman, C. P. (1987) A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Brit. J. Psychiatr.*, London, (150), 18-24.

Meireles, J. F. F.; Amaral, A. C. S.; Neves, C. M.; Conti, M. A.; Ferreira, M. E. C. (2015). Avaliação psicométrica do Questionário de Mudança Corporal para adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(11), 2291-2301

Nunes, M. A. (2003) Avaliação do impacto de comportamentos alimentares anormais





em uma coorte de mulheres jovens no sul do Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

Nunes, M.A.; Bagatini, L.F.; Abuchaim, A.L.; Kunz, A.; Ramos, D.; Silva, J. A. et al. (1994). Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *RevABP-APAL*. 16(1):7-10.

Penteado, C. P. G; Oliveira, J. S.; Teixeira, M.T.; Chaves, R.; Costa, C.L. (2012). Evaluation of the nutritional profile of adolescents with risk for eating disorders. *AdolescSaude*;9(3):12-20

Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordas, T. A., Queiroz, G. K. O., Coelho, D., Philippi, S. T. & Lancha Jr., A. H. (2006) Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47, 77-82.

Stunkard, A. J.; Sorensen, T.; Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW. *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven Press; p. 115-20

Vilela, J. E. M; Lamounier, J.A.; Dellaretti Filho, M. A.; Barros Neto, J. R.; Horta G. M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *J Ped*. 80(1):49-50.



SBNp

Sociedade Brasileira de
Neuropsicologia