

Samantha Antunes dos Reis

**IMAGEM CORPORAL EM PACIENTES COM TRANSTORNOS
ALIMENTARES: Um auxílio no tratamento através da Educação Física**

Monografia apresentada como pré-requisito para conclusão do curso de Educação Física – Bacharelado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Prof^a. Dra. Flávia Meyer.

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

Grande parte deste trabalho é resultado do meu esforço pessoal, um ano dedicado ao tema, abolição de horas de lazer e extremas preocupações quanto às tarefas a serem cumpridas dentro dos seus prazos.

Gostaria de agradecer, primeiramente, a minha família, que esteve ao meu lado, indiferente do meu estado de humor ou da minha disponibilidade para os bons momentos em família. Meus avós, Salete e João, meus pais, Ineida e Jorge, e meu irmão, Cristhian, fico feliz de poder compartilhar este momento ao lado de vocês.

O meu muito obrigado, também, ao meu namorado, Vanderlei, presente desde o começo. Sempre fonte de incentivo à leitura e a excelência em minha carreira profissional. Deixamos de fazer muitas coisas e muitas viagens em prol dos estudos, mas tenho certeza que colheremos bons frutos em breve.

Agradeço a professora que me orientou neste trabalho Dra. Flávia Meyer, que se mostrou sempre disposta a me ouvir e a me incentivar dentro da vida acadêmica. Também não posso deixar de agradecer a primeira pessoa a adotar minhas ideias, Dra. Miriam Brunstein, sempre lapidando meus textos, fazendo suas sugestões, dando suporte, e incentivando sua continuação.

Enfim, gostaria de agradecer a todas as pessoas que de alguma forma estiveram presentes no processo de elaboração deste trabalho. Que de alguma forma contribuíram com momentos de alegria, emoção e descontração, sem os quais, a minha vida não teria sentido, afinal a vida não é feita só de preocupações e prazos a serem cumpridos.

*“Não se preocupe em ‘entender’.
Viver ultrapassa todo entendimento”.*

Clarice Lispector

RESUMO

Os Transtornos Alimentares (TA) são condições psiquiátricas caracterizadas por comportamento alimentar anormal e distorções relacionadas com a Imagem Corporal (IC), e atingem predominantemente pessoas do sexo feminino, iniciando na adolescência e, por vezes, se estendendo à idade adulta. O objetivo do estudo foi inserir a Educação Física em uma equipe multidisciplinar no tratamento ambulatorial de pacientes com TA através da implantação de um programa de intervenções com vivências corporais e, avaliar sua influência na IC, Autoimagem (AI) e Autoestima (AE) nas pacientes. **Métodos:** A amostra foi constituída por 7 pacientes com TA em tratamento pela Equipe de TA no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi realizado um ensaio clínico não controlado, no período de 12 semanas, com intervenções através de trabalhos com vivências corporais, estes, embasados no relaxamento, na respiração, e no autoconhecimento a partir do toque. Foram aplicados os instrumentos Escala de Figuras de Stunkard (FRS), Body Shape Questionnaire (BSQ), Satisfação com a Imagem Corporal (IC), Escala de Autoestima de Rosenberg (AE), Questionário para avaliar Autoestima e Autoimagem (AI e AE) antes da primeira intervenção e na última sessão. Os dados sociodemográficos e clínicos foram descritos por média e desvio padrão para variáveis quantitativas e frequências e porcentagens para dados nominais. As médias dos escores das escalas de IC foram avaliadas por test-T pareado considerando um nível de significância de $p < 0.05$. **Resultados:** Houve uma tendência de melhora nos escores do IC ($p = 0,070$) e da subscala de integridade do AI e AE ($p = 0,053$). **Conclusão:** São necessários outros estudos que avaliem um número maior de pacientes em um período maior de tratamento.

PALAVRAS-CHAVE:

Transtornos alimentares. Imagem Corporal. Autoimagem. Autoestima.
Educação Física.

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) are psychiatric conditions characterized by abnormal eating behavior and distortions related to Body Image (BI), and affect predominantly females, starting in adolescence and sometimes extending into adulthood. The research aims to include the Physical Education in a multidisciplinary team in the outpatient treatment of patients with ED through the deployment of an intervention program of bodily experiences, and evaluate their influence on BI, Self-Image (SI) and Self-Esteem (SE) in patients. **Methods:** The sample consisted of 7 patients with ED in the treatment of ED staff at the Hospital de Clinicas de Porto Alegre. We conducted a clinical trial not controlled within 12 weeks, with interventions work through bodily experiences, these, based on relaxation, breathing, and self-knowledge from the tap. We applied the instruments of Figures Stunkard Scale (FRS), Body Shape Questionnaire (BSQ), Satisfaction with Body Image (BI), Scale the Rosemberg Self-Esteem (SE) e Questionnaire to assess Self-Esteem and Self-Image (SI) before the first intervention and at the last session. The demographic and clinical data are presented as mean and standard deviation for quantitative variables and frequencies and percentages for nominal data. The mean scores for HF were assessed by paired t-test considering a significance level of $p < 0.05$. **Results:** There was a trend of improvement in scores on the BI ($p = 0.070$) subscale and the integrity of the SI and SE ($p = 0.053$). **Conclusion:** Further studies are needed to evaluate a larger number of patients over a longer period of treatment.

KEYWORDS:

Eating disorders. Body Image. Self-image. Self-esteem. Physical Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

AE - Autoestima

AI - Autoimagem

AN - Anorexia Nervosa

BN - Bulimia Nervosa

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IC - Imagem Corporal

TA - Transtornos Alimentares

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil demográfico e clínico das pacientes	41
Tabela 2 – Test t pareado das escalas de avaliação da imagem corporal	42
Tabela 3 – Escores por pacientes das escalas aplicadas antes e depois das oficinas	43
Tabela 4 – Escores por pacientes por divisão de subaspectos do questionário de autoimagem e autoestima	43

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Características comuns entre anorexia e bulimia	16
Figura 2 - Modelo de fatores que influenciam o desenvolvimento e a manifestação da IC	24
Quadro 1 - Benefícios psicológicos e sociais do exercício físico	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	PROBLEMA DA PESQUISA	12
1.2	OBJETIVOS	13
1.2.1	Objetivo geral	13
1.2.2	Objetivos específicos	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES	14
2.1.1	Anorexia nervosa	16
2.1.2	Bulimia nervosa	18
2.2	O PAPEL DA IMAGEM CORPORAL NA SAÚDE DO INDIVÍDUO	21
2.2.1	A autoimagem, uma percepção da imagem corporal	24
2.2.2	A autoestima como resultado da formação da imagem corporal	25
2.3	PROGRAMA DE ATENDIMENTO EM TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ADULTOS DO HCPA	26
2.4	TRANSTORNOS ALIMENTARES E EXERCÍCIO FÍSICO	27
3	MÉTODOS	31
3.1	MÉTODO DE ABORDAGEM, CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.2.1	Instrumentos de Coletas de Informações	32
3.3	PROGRAMA DE OFICINAS COM VIVÊNCIAS CORPORAIS	35
3.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	38
3.4.1	Hipótese	38
3.4.2	Variáveis independentes	38
3.4.3	Variáveis dependentes	39
4	RESULTADOS	40

5	DISCUSSÃO	43
6	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	48
	ANEXOS	53
	Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento	53
	Anexo B - Escala de Figuras de Stunkard - (FRS)	54
	Anexo C - Body Shape Questionnaire - (BSQ)	55
	Anexo D - Questionário de Autoimagem e Autoestima	58
	Anexo E - Escala de Avaliação de Satisfação com a Imagem Corporal .	60
	Anexo F – Escala de Autoestima de Rosemberg	61
	Anexo G – Grade de apuração de respostas do questionário de Autoimagem e Autoestima	62
	Anexo H - Quadro de divisão por aspectos utilizados como critério na Construção do questionário de Autoimagem e Autoestima	63

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata de Transtornos Alimentares (TA), que é um problema muito em foco na sociedade atual, cuja incidência vem aumentando nas últimas décadas. Eles atingem predominantemente o sexo feminino variando da adolescência à idade madura.

Os TA são condições psiquiátricas caracterizadas por comportamento alimentar anormal e distorções relacionadas com a Imagem Corporal (IC). Causam efeitos danosos ao bem estar, ao estado nutricional e complicações clínicas e psíquicas graves. Segundo Herscovici (1996), os TA estão relacionados com uma conduta impulsiva, compulsiva e obsessiva de pessoas com grande preocupação com a aparência física. Porém, estas condutas adquiridas servem para que a pessoa se sinta melhor consigo, assim, a autodestruição é uma consequência e não um objetivo dos TA.

A IC é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente. Tendo em vista que é o modo como nosso corpo nos apresenta, a distorção da IC, segundo Slade (1994), é uma característica fixa e implacável dos anoréticos. Eles possuem IC fracas e instáveis, e, portanto, não passíveis de intervenção direta. Por isto, existe a necessidade de tratar esta população com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, enfermeiros, entre outros. O acompanhamento destes profissionais contribui para a melhora do estado de saúde do paciente, e para que o caso não se agrave, ou ainda para que ocorra uma recuperação através do tratamento.

Este trabalho objetivou resolver o seguinte questionamento: Qual a importância de uma intervenção de Educação Física no tratamento de pacientes acima de 18 anos com TA do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)? Esta é uma área em que é importante a inserção dos profissionais de Educação Física, pois os pacientes sofrem de distorções da IC. O profissional

de Educação Física tem ferramentas para trabalhar com estes pacientes, tais como oficinas com relaxamento, massagens, percepção e desinibição corporal, conscientização de saúde, bem estar físico e mental, Autoimagem (AI) e Autoestima (AE).

O interesse em realizar a presente pesquisa originou-se da necessidade de aprofundar os conhecimentos da área dos Transtornos Alimentares e aliá-la a área da Educação Física. Através de um trabalho multidisciplinar no Ambulatório de Transtornos Alimentares do HCPA foi proposto um programa de intervenções da Educação Física que contribuíssem para a melhora da IC, AI e AE das pacientes anoréticas e bulímicas através de trabalhos com vivências corporais. A temática atual deste estudo é preocupante na sociedade visto estar relacionada à busca de uma imagem imposta por determinadas culturas corporais. O esclarecimento do tema pode colaborar nas alternativas complementares do manejo destas doenças através da Educação Física.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

A implantação de um programa de intervenção de Educação Física baseado em vivências corporais em pacientes com TA influência na mudança da percepção da IC, AI e AE?

1.2 OBJETIVOS

Inserir a Educação Física em uma equipe multidisciplinar no tratamento ambulatorial de pacientes com TA através da implantação de um programa de intervenções e, avaliar sua contribuição para a melhora da IC, AI e AE.

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar um programa de vivências corporais em pacientes com TA durante tratamento ambulatorial.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) propor um programa de intervenção com vivências corporais realizado por profissionais de Educação Física em pacientes com TA;
- b) avaliar os efeitos de um programa de intervenção com vivências corporais em pacientes com TA nos seguintes aspectos: IC; AI e AE;
- c) implantar um programa de intervenção com profissionais de Educação Física em pacientes com TA no HCPA.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta fundamentação teórica aborda especificamente questões relacionadas aos TA (anorexia nervosa e bulimia nervosa), imagem corporal (autoimagem e autoestima), programa de atendimento em transtornos do comportamento alimentar em adultos do HCPA e os transtornos alimentares relacionados à Educação Física.

2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Nas últimas décadas temos observado que há mais preocupação em estar dentro dos padrões de beleza impostos pela sociedade. Estes são na maioria, a busca pela magreza, menor tamanho e peso corporal, gerando problemas aos que almejam esta imagem, e podendo causar sérios TA, já que trazem consequências físicas, psicológicas, sociais e aumento da morbidade e mortalidade.

Os TA são síndromes comportamentais amplamente estudadas nos últimos 30 anos (CLAUDINO e BORGES, 2002). O modelo etiológico mais aceito é multifatorial em que vários fatores biológicos, psicológicos e sociais estão envolvidos e inter-relacionados (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000). Nos TA ressaltam-se dois principais diagnósticos: Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Segundo Claudino e Borges (2002), embora classificados separadamente, os dois transtornos estão inter-relacionados por apresentarem psicopatologia comum, como está ilustrado na Fig. 1. As mesmas autoras destacam as principais características em comum na AN e BN:

[...] Ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com o qual se mostram sempre insatisfeitas. (CLAUDINO e BORGES, 2002, p.7)

Os indivíduos que apresentam comportamento de risco para TA são aqueles que possuem uma relação ruim com seu próprio corpo, ou seja, são insatisfeitos com a IC, possuem baixa AE, pouca satisfação com a vida, além da preocupação com o peso e o alto medo de engordar. Segundo Squire (1997), a população mais vulnerável é a das meninas em idade colegial, das classes socioeconômicas média e alta. Entre 0,2 e 1,0% dessa população desenvolve AN e cerca de 4%, BN. Geralmente, é através dos TA, que as adolescentes denunciam o extremismo da forma de pensar, sentir e experimentar o corpo em nossa sociedade, ou seja, uma forma conturbada de expressar-se e revelar-se para o mundo através da sua relação com os hábitos alimentares (Ida, 2008).



Há características comuns à Anorexia e à Bulimia, e existem também traços diferentes entre elas.

Figura 1 - Características comuns entre anorexia e bulimia

Além da AN e BN, existem outros TA como o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica que segundo APA (2000) são episódios recorrentes de

compulsão alimentar na ausência de uso regular de comportamentos compensatórios inadequados característicos da BN. E Síndromes Parciais ou Quadros Atípicos de AN e BN que “correspondem a manifestações mais ‘leves’ ou ‘incompletas’ de AN ou de BN, porém com risco de evoluírem para as mesmas em até 50% dos casos” (GALVÃO, CLAUDINO e BORGES, 2006, p. 43-44). Nesta pesquisa, será abordada apenas a AN e BN.

2.1.1 Anorexia nervosa

A AN caracteriza-se pela recusa do indivíduo a manter o peso corporal na faixa normal mínima, pelo temor intenso de ganhar peso, pela perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo (insatisfação e distorção da IC) e, por distúrbios endócrinos (amenorreia em mulheres pós-menarca e perda do interesse e potência sexual em homens) (APA, 2000). A prática de exercícios físicos é frequente e, muitas vezes, excessiva com o intuito de queimar calorias e reduzir o peso corporal, bem como o uso de dietas rígidas. O Índice de Massa Corporal (IMC) na AN é igual ou inferior a 17,5 kg/m². Os sintomas da doença não se deixam transparecer de imediato segundo caracteriza os autores:

Gradativamente, as pacientes passam a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal, restringindo seu campo de interesses e levando ao gradativo isolamento social. O curso da doença é caracterizado por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000, p.30).

Existem outros sintomas que estão relacionados à AN como a depressão, insônia, isolamento social, perda de interesse sexual, irritabilidade e mudanças de humor. As características mais comuns da pessoa com AN segundo Herscovici (1996) são perfeccionismo, pensamentos fixos vinculados ao comer, vergonha de comer em público, sentir-se ineficaz e desvalida, escassa espontaneidade nas relações sociais, necessidade de controlar o entorno, escassa iniciativa e escassa expressão emocional. A média de idade da manifestação da AN é 15 anos, embora a curva de idade apresente dois picos (Squire, 1997). O primeiro aos 13 anos, quando as modificações da puberdade fazem com que a adolescente se volte para sua IC, e o segundo é aos 17-18 anos.

Quanto à classificação da AN, ela pode se subdividir em dois tipos: Tipo Restritivo que não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos, enemas). Tipo Purgativo que existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação. Segundo Appolinário e Claudino (2000) este TA pode complicar o quadro clínico do indivíduo:

A associação dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos é bastante frequente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os da condição básica e complicando a evolução clínica (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000, p.30).

Segundo Cordás et. al. (1998, p. 20) algumas complicações médicas relacionadas à demasiada perda de peso:

- a) caquexia: perda de gordura, massa muscular, intolerância ao frio e dificuldades para manter a temperatura corporal básica;

- b) cardiológicas: arritmias, insuficiência cardíaca congestiva e parada cardíaca;
- c) gastrintestinais: diminuição da motilidade gástrica, pancreatite, alterações de enzimas do fígado e alterações da função renal;
- d) endócrinas: hipotireoidismo, amenorreia e osteoporose;
- e) dermatológicas: laguno (cabelos finos pelo corpo) e edemas;
- f) hematológicas: leucopenia (diminuição de glóbulos brancos do sangue).

2.1.2 Bulimia nervosa

A BN é outro TA muito presente na sociedade atual. Romaro e Itokazu (2002) definem BN por frequentes episódios de compulsão alimentar, seguida da utilização de estratégias para 'eliminar' as calorias ingeridas devido aos sentimentos de culpa posteriores a estes períodos. Estas estratégias podem ocorrer por métodos purgativos (autoindução de vômitos ou uso indiscriminado de laxantes, diuréticos ou enemas) e não purgativos (jejuns e exercícios físicos excessivos). Há, também, uma autoavaliação dos indivíduos pela forma e peso do corpo. (APA, 2000). Normalmente, as pessoas com BN estão dentro do peso sugerido para sua estrutura ou até mesmo acima do peso e IMC normal, isto é o que as difere da AN que possui peso abaixo do indicado e IMC menor que 17,5 kg/m². Segundo Russel¹ apud Cordás (2004, p.155) "o termo bulimia nervosa vem da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi". A etiologia da doença está relacionada a fatores

¹ RUSSEL, G.F.M. Bulimia Nervosa: on Ominous Variant of Anorexia Nervosa. Psychological Medicine 9: 429-48, 1979.

biopsicossociais, ou seja, a pessoa que desenvolve o quadro de BN, em geral, valoriza a forma física e o controle do peso corporal, possuindo uma distorção da IC e dificuldade de identificar as emoções.

O bulímico caracteriza-se por baixa AE, prejuízo no controle dos impulsos, sejam ansiedades, frustrações, tristezas, tédio e solidão. É uma pessoa insegura, e por este fato elege como meta padrões de beleza da sociedade inatingíveis, a magreza como símbolo de sucesso e beleza. Ao descobrir que não atingiu suas metas, sente-se deprimida, fracassada, e retorna à compulsão com sentimentos de culpa e depressão. Comumente esta pessoa sente vergonha de seu transtorno e tenta primeiramente negar, depois ocultar, dissimular os sintomas, por isto apresenta, muitas vezes, dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

O sintoma da compulsão alimentar geralmente é decorrente de uma dieta para emagrecer e pode ocorrer em todo momento que haja sentimentos negativos. Appolinário e Claudino (2000) relacionam dois aspectos à BN: aspecto comportamental que se refere ao comer uma quantidade exagerada quando comparado a pessoas em condições normais, e um componente subjetivo que é a sensação de total falta de controle sobre o seu próprio comportamento. “A quantidade de calorias ingeridas pode sofrer grandes variações, mas em média oscila de 2 mil a 5 mil calorias” (Nunes et. al., 1998). Para gerar um alívio após esta alta ingestão de alimentos, o vômito autoinduzido é o método compensatório mais utilizado, em cerca de 90% dos casos. Sua frequência pode variar de uma a dez vezes ou mais por dia. No começo do transtorno a paciente necessita do dedo ou de objetos na garganta para induzir o vômito, e com a evolução da doença, a paciente aprende a realizar a manobra sem auxílio de estimulação mecânica. Os episódios bulímicos são descritos a partir de:

Grande quantidade de ingestão de comida, geralmente gordura ou açúcares, o qual geralmente é feito rapidamente, sem saborear, às escondidas. Os desencadeadores destes episódios são a fome, a ansiedade, o aborrecimento, etc., e finaliza-se devido ao mal-estar abdominal, a interrupção externa de outra pessoa ou por recuperação do controle, e é seguido por sentimentos de culpa e fracasso (HERSCOVICI,1996, p. 111).

Complicações médicas que acontecem na BN segundo Cordás et. al. (1998, p. 30-31):

- a) cardiovasculares: hipertensão arterial, arritmias e alterações vistas no eletrocardiograma;
- b) deficiências de vitaminas e sais minerais: perdas de potássio, magnésio e cálcio pela purgação ou falta de ingestão causam sérios problemas e podem explicar a fraqueza e a indisposição frequentes. O uso de diuréticos pode causar edemas;
- c) endócrinas: inibição do funcionamento da glândula tireóide quando as pacientes utilizam hormônio tireoideano para reduzir peso, que pode aumentar, aparecendo como 'um caroço no pescoço' (bócio) ou sendo detectado como hipotireoidismo com dosagens sanguíneas;
- d) renais: incapacidade de concentrar e reter adequadamente a urina, além de favorecer infecções urinárias, devido ao uso abusivo de diuréticos, perda de potássio e outros eletrólitos;
- e) dentárias: alteração do esmalte dentário, podendo ser mais grave quando houver vômitos frequentes e gerar cáries numerosas, perda dos dentes e doença gengival grave;
- f) gastrintestinais: esofagias, gastrites e úlceras;
- g) neurológicos: tremores, confusões e tonturas;
- h) pulmonares: aspiração do vômito pelos pulmões pode causar pneumonias.

Convém lembrar que, quanto mais precoce o reconhecimento do problema pela paciente e familiares, e mais rápido o atendimento médico especializado e multidisciplinar, menores as chances de complicações graves ou fatais.

2.2 O PAPEL DA IMAGEM CORPORAL NA SAÚDE DO INDIVÍDUO

Devido ao impacto negativo da mídia e influências socioculturais, o número de pessoas que sofrem de transtornos de imagens vem aumentando. Isto é um reflexo da obsessão com as formas do corpo, cultuado através de dietas e cirurgias, chamada a ditadura do corpo, na qual a obesidade, sobrepeso e formas mais arredondadas geram afastamento social e problemas psicológicos tais como depressão, angústia e os TA.

O conceito de IC, segundo Thompson² apud Saikali (2004, p.164), envolve três componentes:

- a) perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso;
- b) subjetivo, que envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada;
- c) comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

A distorção da IC é um fator de vulnerabilidade e um aspecto central na psicopatologia dos TA. Está relacionada aos distúrbios da consciência cognitiva

² THOMPSON, J. K. Body Image, Eating Disorders and Obesity. Washington D.C.: American Psychological Association, 1996.

do corpo, consciência das sensações corporais e senso de controle sobre suas funções. Saikali e colaboradores (2004) distinguem as distorções cognitivas relacionadas à avaliação do corpo:

- a) pensamento dicotômico: o indivíduo pensa muito na sua aparência e é muito crítico em relação a ela;
- b) comparação injusta: quando o indivíduo compara sua aparência com padrões extremos;
- c) atenção seletiva: o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação à sua aparência.

Num estudo com acadêmicas de Psicologia, Educação Física e Moda que abordava a distorção da IC foi concluído que “apesar de apresentarem uma autopercepção corporal normal, as estudantes estão em geral insatisfeitas com sua aparência. Sugerindo que há uma incompatibilidade entre as representações sociais e a vivência subjetiva em termos de imagem corporal” (SECCHI et. al., 2009, p.235).

Outro estudo (Kaneshima et. al., 2006) com estudantes do ensino médio da cidade de Maringá investigou a ocorrência de AN e distúrbio de IC observou elevada incidência de AN e uma significativa presença da distorção da IC, principalmente na população feminina.

A IC é uma representação mental do corpo, forma e tamanho que é influenciada por uma variedade de interesses histórico, cultural e social, fatores individuais e biológicos, como podemos visualizar na Fig. 2.



Figura 2 - Modelo de fatores que influenciam o desenvolvimento e a manifestação da IC (Slade, 1994)

Slade (1994) propõe um modelo de fatores que influenciam o desenvolvimento e a manifestação da IC:

- a) histórico sensorial de experiência corpórea: a experiência visual, tátil e sinestésica ao longo da vida;
- b) normas culturais e sociais: algumas culturas, sobretudo as ocidentais, incentivam o “culto ao corpo magro” especialmente para mulheres jovens. Além disso, há evidências de que pessoas com TA são mais propensas a se influenciar a exposição aos meios de comunicação que apresentam imagens de corpos finos em comparação às pessoas que não possuem desordens da IC;
- c) atitudes individuais frente ao peso e à forma: demonstrado por diversos estudos que o sexo feminino admite fazer dieta e apresenta maior desejo de perder peso;
- d) variáveis cognitivas e afetivas: pessoas com TA julgam o tamanho do próprio corpo a partir do número de calorias ingeridas;
- e) psicopatologia individual: influenciada pelas normas culturais e sociais e atitudes individuais de peso e forma;

- f) variáveis biológicas: manifestação no dia-a-dia do TA.
- g) histórico de mudança de peso: a IC de indivíduos obesos ou anoréticos sofre maior variação devido à grande flutuação de peso.

2.2.1 A autoimagem, uma percepção da imagem corporal

A construção da AI parte da IC, ou seja, é a sua autopercepção. “Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós” (SCHILDER, 1999). Desta forma, a AI é um componente subjetivo da IC onde cada indivíduo forma uma diferente percepção sobre sua própria imagem.

A formação da AI, tanto em homens como em mulheres apresenta distorção. Segundo Kakeshita e Almeida (2006), a distorção na autopercepção da IC, sub- ou super- estimando o tamanho do corpo, se origina da insatisfação com a IC, na medida em que as pessoas desejam ter seus corpos mais magros. Sendo assim, a AI e a IC não são entidades rígidas, construímos e reconstruímos ao longo do tempo nossa IC, assim como a dos outros.

2.2.2 A autoestima como resultado da formação da imagem corporal

A AE é um fator importante para a construção de uma imagem saudável de si. Os seis pilares da AE que formam os alicerces para a construção de uma vida plena são “a atitude de viver conscientemente, a atitude de autoaceitação, a atitude de autorresponsabilidade, a atitude de autoafirmação, a atitude da intencionalidade e a atitude da integridade pessoal” (BRANDEN, 2000, p. 95).

Branden (2000) coloca também que, para definirmos AE é preciso compreender dois componentes intimamente relacionados: a autoeficiência e o autorrespeito:

Autoeficiência significa confiança no meu funcionamento mental, em minha capacidade para pensar, compreender, aprender, escolher e tomar decisões; é a confiança em minha capacidade para entender os fatos da realidade que pertencem à esfera dos meus interesses e necessidades, autoconfiança e segurança pessoal. Autorrespeito significa a certeza de que tenho valor como pessoa; é uma atitude de afirmação de meu direito de viver e ser feliz; é sentir-me confortável ao expressar de maneira apropriada minhas ideias, vontades e necessidades; é a sensação de que o prazer e a satisfação são meus direitos naturais. (BRANDEN, 2000, p. 49).

A construção da AE elevada baseia-se, geralmente, em autoaceitar-se, sentir-se confiante e feliz. Fatores como a estrutura familiar, o ambiente onde crescemos e os sentimentos que nos norteiam, devem ter uma grande influência na construção da AE, embora estudos apontem que nem sempre a pessoa que vive em um ambiente fraternal e saudável constrói internamente uma boa AE e vice-versa. Desta forma, acredita-se que a AE não é adquirida na infância, ela pode aumentar e diminuir ao longo da vida.

A imagem de uma pessoa com a AE elevada é notável, visto que é uma pessoa que aceita e conhece as suas falhas e limitações e, assim convive tranquilamente com elas. Aceitar-se física e emocionalmente, ter claro para si suas qualidades e fraquezas mantém consigo uma relação mais verdadeira, o que fortalecerá a AE.

2.3 PROGRAMA DE ATENDIMENTO EM TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ADULTOS DO HCPA

O Programa de Atendimento em Transtornos do Comportamento Alimentar em Adultos do HCPA existe desde 2007 e conta com uma equipe assistencial multiprofissional que atua em nível ambulatorial e de internação. Esta equipe trabalha de forma integrada com a equipe de TA da Psiquiatria da Infância e Adolescência, tanto na assistência como na pesquisa.

As atividades atualmente desenvolvidas são: Atendimento de pacientes adultos com TA em nível de internação e ambulatório; treinamento de equipe multidisciplinar especializada através de seminários, estudos de casos e assistência hospitalar e ambulatorial; desenvolvimento de protocolos e rotinas assistenciais; aplicação de escalas de avaliação da psicopatologia desses transtornos; obtenção e publicação dos dados epidemiológicos para desenvolvimento de linhas de pesquisa.

O tratamento de TA deve ser orientado por uma equipe multidisciplinar, por esta doença mostrar-se de uma rede de complexidade na qual deve ser permeado por um amplo grupo de profissionais da área da saúde, que se compõe por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, entre outros. “Quanto mais alternativas terapêuticas são oferecidas, mais oportunidades de melhora no quadro clínico e de construção

de experiências para o crescimento e autonomia na vida” (BUCARETCHI, 2003, p.183). Conforme a indicação é desenvolvida abordagens psicoeducacional, cognitivocomportamental, psicodinâmica e familiar sistêmica. Desta forma, as equipes devem atuar de forma sistemática, pois cada uma na sua especialidade tem papel importante no produto final.

Um ponto a ser destacado, é que cada paciente responde ao tratamento de forma diferente, por esta razão a individualidade do paciente deve ser preservada e os profissionais devem respeitá-la, para que o tratamento possa ser eficaz, bem como as necessidades e capacidades cognitivas sejam atendidas. Em última análise, Kaplan (2003) sugere que o paciente deve tornar-se participante voluntário do tratamento, para que este tenha sucesso a curto e longo prazo.

2.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES E EXERCÍCIO FÍSICO

O papel do Educador Físico no tratamento do TA é a orientação de exercício físico; atenção aos aspectos fisiológicos; vivências corporais; socialização e AE. Segundo Cumming et. al. (2009) existem duas vertentes da relação das atividades físicas com os TA: a prática excessiva e descontrolada de exercícios como forma de emagrecimento, e a prática de atividades supervisionadas que auxilia na recuperação do paciente. Por isso, é importante ressaltar, durante a prática de exercícios físicos na recuperação do TA, considerações, esclarecimentos e reflexões sobre os prejuízos consequentes dos excessos de exercícios.

A prática de exercícios físicos durante o tratamento de pacientes com TA pode ser benéfica desde que orientada e supervisionada (Teixeira et. al., 2009). Para os pacientes que sofrem com o excesso de peso, o exercício pode contribuir muito como coadjuvante no tratamento. Porém, para os pacientes

que fazem restrição alimentar, hospitalizados ou em fase de recuperação de peso, a prática de exercícios físicos é totalmente contraindicada.

Nos casos com TA, o exercício físico diminui quadros depressivos e ansiosos, distancia do estresse, gera aumento de serotonina, noradrenalina e endorfina. Porém, “a inserção de exercícios físicos na dinâmica do tratamento ainda é um caminho a ser percorrido” (CUMMING et. al., 2009, p.71). No Quadro 1 encontram-se alguns benefícios psicológicos e sociais que a prática de exercícios físicos pode propiciar no tratamento de TA.

Psicológicos e sociais
Aumento da autoestima
Diminui a depressão
Diminui a ansiedade
Diminui o estresse
Melhora da imagem corporal
Diminui o isolamento social
Aumento da autonomia
Aumento do convívio social

Quadro 1 – Benefícios psicológicos e sociais do exercício físico

Beumont et. al. (1994) recomendam sessões de exercícios como componente de tratamento de recuperação do peso no intuito de reduzir a ansiedade, elevar o humor e ajudar na alimentação. O programa de exercícios deve atuar nos seguintes componentes: flexibilidade, postura, força, atividades em grupos e atividades aeróbicas de intensidade moderada. Podemos apontar alguns objetivos e cuidados que devem ser seguidos em um programa de exercícios para pacientes com TA:

- a) promover saúde por meio da educação e da prática regular de exercícios;
- b) enfatizar o cuidado com a saúde, com a IC e com a AE;
- c) colaborar com a recuperação do peso, promovendo, principalmente, ganho de massa magra e diminuindo o tecido adiposo;
- d) incentivar a prática de exercícios como uma alternativa de atividade social;
- e) desmitificar crenças e mitos referentes à prática excessiva e inadequada.

A proposta de exercício físico no TA deve ser através de um ambiente seguro, respeitando as individualidades e ajudando a reconhecer os limites e as sensações corporais individuais para permitir influenciar sob os aspectos emocionais e sociais. Desta forma, o exercício físico tem um papel terapêutico, pois dependendo do momento e do objetivo com o qual é praticado, podem remeter a sentimentos que acalmam e ajudam no contato com outras pessoas. Para que este possa ser mais um instrumento no processo de tratamento é necessário que o exercício físico seja um espaço de suporte, em que os pacientes deixem o corpo fluir em um ambiente seguro e que não desperte sentimentos e sensações desagradáveis.

Durante o tratamento, o exercício físico deve ser visto como uma experiência emocional e corporal, que pode ajudar a melhorar a AE, a dificuldade nas relações sociais, as capacidades físicas, entre outros aspectos. Existe a importância de investir na interação social, movendo a atenção negativa que as pacientes têm em relação ao seu corpo para uma experiência mais profunda e subjetiva consigo mesma. Por isto, pode se utilizar clinicamente da atividade física adaptada, construindo e reconstruindo bases através de um trabalho que fortaleça a identidade corporal de cada paciente.

Portanto, a atividade física utilizada de forma excessiva, sem orientação, pode ser um agravante para o TA. Dada a gravidade e a dificuldade no seu tratamento, a prevenção destes problemas é um objetivo de saúde pública em

forma de programas de educação em saúde (Yager e O'Dea. 2008). Sendo assim, os exercícios orientados são utilizados como educação e prevenção em grupos onde haja ou não risco (Yager e O'Dea. 2008, 2010; Taylor et. al., 2006).

Embora haja estudos, como os citados, que tratem esta temática sob a perspectiva preventiva, a forma de intervenção utilizada nesta proposta de atendimento não havia sido associada, até então, aos TA, tornando-se interesse mensurar a validade desta metodologia de trabalho. Com o objetivo de proporcionar bem estar e saúde (mental e física) às pacientes com TA, foram oferecidas atividades de técnicas corporais que aliem corpo e mente na intenção de melhorar a IC, AI e AE.

3. MÉTODOS

Este é um estudo cujo objetivo foi descrever as características de um grupo de pessoas ou um fenômeno, procurando identificar o perfil individual, as relações entre as variáveis ou conceber uma nova abordagem do fenômeno.

3.1 MÉTODO DE ABORDAGEM, CARACTERIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo apresentou um ensaio clínico não controlado. Um estudo de intervenção em seres humanos para testar eficiência das oficinas de técnicas corporais durante o tratamento ambulatorial sem grupo controle, ou seja, não houve grupo para comparação. Com uma abordagem quantitativa do tipo descritiva, a coleta de dados foi realizada antes e após o período de intervenção através do instrumento de avaliação da IC utilizando questionários que permitiram averiguar a insatisfação corporal e superestimativa do tamanho corporal, bem como a AI e AE.

Quanto aos procedimentos éticos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do HCPA, sob número 10-0359, e todos participantes voluntários que se submeteram a aplicação dos questionários e participaram das intervenções assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO A), após serem informados os objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada, e que caso o voluntário não aceitasse participar, não acarretaria prejuízos ao resto do seu tratamento.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram do estudo pacientes do sexo feminino acima de 18 anos de idade e que compõem o Grupo de TA do HCPA. Houve um contato pessoal através de um membro da equipe objetivando convidá-las a participar da pesquisa voluntariamente e o esclarecimento dos procedimentos.

Fizeram parte desta amostra 7 pacientes que aceitaram participar da pesquisa, caracterizando a mesma como do tipo intencional. Não pode ser feito cálculo amostral por falta de estudos semelhantes para embasá-lo.

Os critérios de inclusão foram: a voluntariedade, estando ciente que deveriam responder os questionários e após três meses novamente e, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.

Foi considerado como critério de exclusão da amostra pacientes que estivessem com restrição de movimentos por desnutrição grave e frequência menor que 70% no programa. A paciente que obtivesse esta frequência estaria automaticamente excluída da amostra, não deixando de participar das atividades propostas no HCPA, pois estas fazem parte de seu tratamento.

3.2.1 Instrumentos de Coletas de Informações

A coleta de dados seguiu as seguintes etapas:

- a) aplicação dos questionários no início das Oficinas;
- b) encontros semanais, às quartas-feiras no turno da manhã com duração de 50 minutos;

c) no último encontro, houve novamente a aplicação dos questionários.

Foram utilizados os seguintes questionários como instrumentos de coletas de informações: Escala de Figuras de Stunkard de Stunkard, Sorensen e Schulsinger - (FRS) (1983) que permite avaliar insatisfação corporal e superestimativa do tamanho corporal (ANEXO B), o Body Shape Questionnaire (BSQ) que avalia a insatisfação com a imagem corporal (ANEXO C), o Questionário para avaliar Autoestima e Autoimagem proposto por Steglich (1978) e reelaborado por Stobäus (1983, p. 90) (ANEXO D), Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (ANEXO E), (White & Mendelson, 1997), Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989) (ANEXO F).

A Escala de Figuras de Stunkard (FRS) apresenta 9 figuras femininas em traje de banho e numeradas de 1 a 9. Cada figura é mais pesada do que a precedente, sendo a mais magra designada 1, e a mais pesada, 9. Para a avaliação da insatisfação corporal, o entrevistado deve selecionar a figura que mais se aproxima com seu corpo atual e a que ele considera mais parecida com um corpo ideal. A discrepância entre a figura atual e a ideal serve como medida de insatisfação corporal, quanto maior discrepância, maior a insatisfação. O instrumento tem se mostrado válido como uma medida de IC e apresenta satisfatória confiabilidade teste-reteste (FREITAS et al, 2002; OLIVEIRA et al, 2003).

O Body Shape Questionnaire – BSQ é um questionário com 34 itens autopreenchíveis, com seis opções de respostas: 1) *nunca*, 2) *raramente*, 3) *às vezes*, 4) *frequentemente*, 5) *muito frequente*, 6) *sempre*. Construído para mensurar, nas quatro últimas semanas, a preocupação com a forma corporal e com o peso. Os escores variam de 34 a 204, com escores mais altos significando maior preocupação com a forma corporal. O questionário distingue dois aspectos específicos da IC: a exatidão da estimativa do tamanho corporal e os sentimentos em relação ao corpo (insatisfação ou desvalorização da forma física). Pode ser utilizado para avaliar o desenvolvimento, a manutenção e a resposta ao tratamento de AN e BN. As informações dos dados no BSQ são analisadas através do somatório dos pontos de acordo com cada resposta marcada, o valor do número correspondente à opção feita é computado como

ponto para a questão (por exemplo: *nunca* vale um ponto). O total de pontos obtidos no instrumento é somado e computado para cada avaliado. A classificação dos resultados é feita pelo total de pontos obtidos e reflete os níveis de preocupação com a IC. Obtendo o resultado menor ou igual a 80 pontos, é constatado padrão de normalidade e tido como *ausência* de distorção da IC. “Resultado entre 81 e 110 pontos é classificado como leve distorção da imagem corporal. Resultado entre 111 e 140 é classificado como moderada distorção da imagem corporal; e acima de 140 pontos a classificação é representada de grave distorção da imagem corporal” (OLIVEIRA et. al, 2003, p.351).

Foi utilizado o Questionário para avaliar Autoestima e Autoimagem proposto por Steglich (1978) e reelaborado por Stobäus (1983, p. 90), este questionário “segue a linha utilizada por Steglich, isto é, ser um questionário padronizado com escala somativa ou aditiva.” Este instrumento obteve uma fidedignidade de 0,6499 através do índice de Cronbach, considerado satisfatório, e, também, foi validado por dois especialistas a Dr^a Carmen Lins Baia de Solari e Dr. Paulo Schültz. A análise do questionário de autoestima e autoimagem tem pontuação, progressiva ou regressiva, dependendo do tipo de pergunta (ANEXO G). Além disso, as perguntas estão divididas por subaspectos orgânicos, sociais, intelectuais e emocionais da AE e da AI (ANEXO H). A interpretação corresponde aos subaspectos, para cada item analisado.

A Escala de Satisfação com a Imagem Corporal (White & Mendelson, 1997), adaptado e avaliado por Ferreira et. al. (2002), contém 25 itens com quatro opções de resposta (discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente). Estes se distribuem por três diferentes subescalas (sentimentos sobre a aparência, preocupação com o peso e percepção da atribuição do outro). O resultado pode variar de 25 a 100. Quanto maior o resultado, mais positiva ou maior a satisfação com a própria IC.

A Escala de Autoestima de Rosenberg (1989) apresentou uma consistência interna considerada satisfatória e uma estrutura fatorial bidimensional no estudo de validação de Romano et. al (2007). O questionário

é constituído por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos e aceitação de si mesmo. Metade dos itens está enunciada positivamente e a outra metade negativamente. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta (concordo totalmente=4, concordo=3, discordo=2 e discordo totalmente=1). Depois das devidas inversões, a média dos 10 itens dá-nos a cotação da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 40; a obtenção de uma pontuação alta reflete uma AE elevada.

Dentre os instrumentos utilizados nesta pesquisa, apenas o BSQ é aplicado no Grupo de TA, os demais foram aplicados na presente pesquisa por apresentarem fidedignidade e validade.

3.3 PROGRAMA DE OFICINAS COM VIVÊNCIAS CORPORAIS

Através do trabalho instruído por profissionais de Educação Física, as oficinas abordaram práticas com vivências corporais, sensibilidade, relaxamento, meditação, alongamentos, flexibilidade, equilíbrio e propriocepção, sendo realizado tanto trabalhos individuais, como em duplas e também em grupo. Abaixo segue o programa das oficinas com breve especificação das atividades.

1º Encontro: Aplicação dos 5 questionários autopreenchíveis.

2º Encontro: Adaptação ao relaxamento corporal com busca de pensamentos positivos e alongamentos da região cervical. Objetivo: Utilizar o relaxamento corporal e da mente como forma de preparação para as atividades do programa disponibilizando uma prática de vivências corporais; ensinar e disponibilizar a vivência de como livrar a região cervical das tensões do dia-a-dia.

3º Encontro: Relaxamento inicial; autoconhecimento: toques no rosto e batidinhas na testa; em duplas, massagens nas mãos. Objetivo: após o relaxamento do corpo e da mente, experimentar o toque no rosto, sentindo a testa, olhos, têmporas, queixo, nariz, lábios e bochechas, e realizar um relaxamento com batidinhas utilizando as pontas dos dedos. Após esta experiência, uma pausa de olhos fechados para sentir as sensações do antes e depois. A massagem nas mãos consta numa atividade a ser desenvolvida em duplas e com os olhos fechados, de forma que possibilite uma experiência de descoberta do corpo alheio (mãos) e uma experiência de transmissão de sentimentos através do toque.

4º Encontro: Relaxamento inicial; autoconhecimento: batidinhas na cabeça; palmadas na cabeça/rosto/tórax/barriga/quadril/pernas/braços; sacudir pernas e braços; respiração em contato. Objetivo: após o relaxamento do corpo e da mente, experimentar o toque no corpo inteiro, a cada parte do corpo tocada há uma pausa para que se sinta de olhos fechados, a sensação naquela região após ser palmeada; trabalhando a respiração profundamente.

5º Encontro: Debate de assuntos da sociedade, tais como gravidez, festas em família, sexo sem proteção, dieta, eleições e crack. Objetivo: desenvolver o lado crítico e cognitivo, através do sorteio de temas, abrindo espaço para falas e discussões, sempre buscando relacioná-lo com fatos da vida pessoal.

6º Encontro: Relaxamento inicial; autoconhecimento: elevações de ombros/braços/pernas/quadril. Objetivo: após o relaxamento do corpo e da mente, executar os movimentos de forma muito lenta, e após cada etapa, experimentar as sensações que aquele movimento causou no corpo.

7º Encontro: Em duplas, massagens nos pés. Objetivo: desenvolver o exercício a dois, derrubando barreiras sociais, aprender técnicas de massagens nos pés, possibilitar um relaxamento e transmissão de sentimentos através do toque.

8º Encontro: Relaxamento inicial e transcrição pessoal no papel a respeito das qualidades e defeitos. Objetivo: possibilitar momento de reflexão ao longo da tarefa, através da atividade cognitiva; discutir a respeito das anotações feitas.

9º Encontro: Relaxamento inicial e dinâmica das massas de modelar. Objetivo: após relaxamento e preparação do corpo e da mente, iniciar um trabalho em duplas, que evoluirá para trios, posteriormente quartetos, e no final, a mesma atividade com todo grupo. Assumir o papel de massa de modelar é entregar seu corpo inteiro e deixar tocar-se pelo próximo, destruindo as barreiras sociais do toque; já a função do modelador é de explorar a sua criatividade criando poses, ao tocar e modelar o próximo, sem o uso de preconceitos quanto às aproximações e toques.

10º Encontro: Elaboração de trabalho manual com ilustrações. Objetivo: trabalhar em grupo; divisão de tarefas no trabalho cognitivo; todos participarem das duas temáticas; através de figuras de revistas criar colagens que representem um estilo de vida saudável (ideal para elas) e o estilo de vida não desejável; através da apresentação do trabalho, abrir discussões.

11º Encontro: Jogo da mímica em duplas e massagem em duplas. Objetivo: a dupla tem que encenar situações cotidianas utilizando seus corpos e as outras duplas devem tentar adivinhar a proposta; estimular a competição; dinamizar um momento de trocas entre as pessoas, estimulando o lado social e a troca de toques e cuidados através da troca de massagens entre duas pessoas.

12º Encontro: Aplicação dos 5 questionários autopreenchíveis.

13º Encontro: Associação de sentimentos a palavras e dinâmica de encerramento através de presenteio com cartões confeccionados no local. Objetivo: expor ao grupo sentimentos guardados para si, refletir sobre a trajetória do grupo, criar momento de confraternização, desenvolver criatividade através da confecção dos cartões utilizando suas habilidades manuais.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados sociodemográficos e clínicos foram descritos por média e desvio padrão para variáveis quantitativas e frequências e porcentagens para dados nominais. As médias dos escores das escalas de IC foram avaliadas por test-T pareado considerando um nível de significância de $p < 0.05$.

3.4.1 Hipótese

A instituição de intervenções de Educação Física no tratamento de pacientes com TA através do trabalho com vivências corporais nas pacientes altera a percepção da IC, AI e AE.

3.4.2 Variáveis independentes

Programa de intervenção de educação física: Este programa contou com atividades de vivências corporais em pequenos grupos, através de encontros semanais com duração de 50 minutos orientados por educadores físicos a fim de abordar de forma recreativa, através de trabalhos manuais, cognitivos e corporais, temas acerca da área dos TA, sendo parte obrigatória e fundamental nesta pesquisa.

3.4.3 Variáveis dependentes

Imagem corporal: É afetada não somente pela forma como a pessoa se vê, mas também como as pessoas que estão ao seu redor a percebem na sociedade.

Autoimagem: É um componente subjetivo da IC, ou seja, a autopercepção da IC.

Autoestima: Define-se como a sensação de estar confiante e consciente do próprio valor, ter atitude de autoaceitação e autoafirmação, merecedor da felicidade.

4. RESULTADOS

As sete voluntárias tinham idade entre 21 a 48 anos, e para preservar a identidade, em nenhum momento foi referido seus nomes ou fornecido qualquer informação que pudesse identificá-las, sendo tratadas pelos números de 1 a 7, de forma aleatória, sem que fosse seguida ordem alfabética ou de idade. O perfil demográfico e clínico de cada paciente pode ser visualizado na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil demográfico e clínico das pacientes

Paciente	Idade (anos)	Peso (kg)	Estatura (m)	IMC (kg/m ²)	% gordura	Ingresso no PTA	Ocupação	Escolaridade	Internação	Medicação
1	25	79,5	1,63	30	36,1	05/08/2009	Balconista	2º grau incompleto	Não	Topiramato, Risperidona
2	39	49,2	1,62	18,7	20,9	31/03/2010	Comerciante	Superior incompleto	Não	Risperidona, Sertalina, Diazepan
3	32	58,2	1,63	22,31	N.R.	02/06/2010	Nenhuma	Nenhuma	Sim	Sertalina, Clonazepam
4	30	46,5	1,63	17,5	17,5	26/05/2010	Professora	Pós-graduação	Não	Omeprazol, Sintasgratina, Sulfato ferrugem, Donarem, Ioran, Ivotram
5	38	113,2	1,6	44,2	47,3	11/11/2009	Decoradora	2º grau completo	Não	Fluxetina
6	48	35,4	1,58	14,1	15,9	03/06/2009	Enfermeira	3º grau completo	Sim	Clonazepam, Tioridazina, Paroxetina
7	21	46,7	1,65	17,15	6,1	11/01/2007	Estudante	2º grau incompleto	Sim	Clozapina, Omeprazol, Doperidona, Macrofantina, Ácido Vopridico, Alprazolam

N.R. – Não realizou

A Tabela 2 revela os resultados do test-T pareado das escalas de avaliação de IC.

Tabela 2 - Teste t pareado das escalas de avaliação de imagem corporal

	N	t	P
FRS	6	0,277	0,793
BSQ	7	0,112	0,914
IC	7	2,198	0,070
ERA	7	1,508	0,182
AI_AE	7	-0,591	0,576
AI_AE orgânico	7	0,138	0,895
AI_AE social	7	-0,462	0,661
AI_AE intelectual	7	0,937	0,385
AI_AE felicidade	7	0,295	0,778
AI_AE bem estar	7	-0,891	0,407
AI_AE integridade	7	-2,407	0,053

FRS= Escala de Figuras de Stunkard, BSQ= Body Shape Questionnaire, IC= Escala de Satisfação com a Imagem Corporal, AER= Escala de Autoestima de Rosemberg, AI_AE= Questionário para avaliar Autoimagem e Autoestima de Stobäus, AI_AE orgânico= subaspecto orgânico, AI_AE social= subaspecto social, AI_AE intelectual= subaspecto intelectual, AI_AE felicidade= subaspecto emocional sobre felicidade, AI_AE bem estar= subaspecto emocional sobre bem estar e AI_AE integridade= subaspecto emocional sobre integridade moral

Houve uma tendência de melhora nos escores das escalas de IC ($p=0,070$) e da subscala de integridade do AI e AE ($p=0,053$).

O escore de cada paciente antes e após as oficinas para análise qualitativa pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3 - Escores por pacientes das escalas aplicadas antes e depois das oficinas

Paciente	FRS 1	FRS 2	BSQ 1	BSQ 2	Satisfação IC 1	Satisfação IC 2	AE Rosenberg 1	AE Rosenberg 2
1	3	4	187	196	55	52	28	25
2	1	-1	105	69	66	63	26	26
3	N.R	N.R	169	180	60	53	24	24
4	2	1	101	88	63	61	25	26
5	5	7	156	184	52	53	25	24
6	2	1	89	86	60	61	26	25
7	7	7	195	193	51	48	24	23

N.R. – Não realizou; Em vermelho= melhorou; Em verde= melhorou 1 ponto apenas; Em azul= Manteve mesmo valor; Em preto= piorou

Dentre os questionários onde mais se observou melhoras foi o que avaliava AI e AE de Stobäus. Para analisar as mudanças é necessário observar a divisão por subaspectos conforme consta na Tabela 4.

Tabela 4 - Escores por pacientes por divisão de subaspectos do questionário de autoimagem e autoestima

PACIENTES	ORGÂNICO		SOCIAIS		INTELLECTUAIS		FELICIDADE PESSOAL		BEM ESTAR SOCIAL		INTEGRIDADE MORAL	
	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2
1	12	11	21	22	32	27	17	15	22	25	35	39
2	9	9	20	23	27	31	11	10	19	18	24	29
3	7	12	22	20	19	17	7	10	19	22	27	30
4	13	10	25	35	31	34	13	16	23	27	32	33
5	10	11	27	23	33	26	13	13	21	19	25	23
6	13	10	25	27	24	24	14	13	22	23	31	38
7	11	11	25	21	23	20	12	8	22	20	30	31

Em vermelho= melhorou; Em verde= melhorou 1 ponto apenas; Em azul= Manteve mesmo valor; Em preto= piorou

5. DISCUSSÃO

De acordo com as médias dos escores das escalas aplicadas antes e depois das oficinas, não houve diferença estatística nos resultados, embora tenha havido tendência de melhora em IC e no subaspecto integridade de AI e AE. A inserção da Educação Física na equipe multidisciplinar se deu através da participação das reuniões de equipe e com a elaboração e aplicação das intervenções. E, foi constatado sucesso dos grupos de IC em função da adesão das pacientes.

Apesar das dificuldades emocionais e físicas no início do trabalho, as pacientes acabaram aderindo ao grupo, criando um ambiente favorável para a prática. Nos primeiros encontros, algumas pacientes demonstravam dificuldades em lidar com o problema e, algumas, desinteresse e falta de engajamento. Porém, com o decorrer da proposta, passaram a aceitar a educadora física e as colegas de grupo, desta forma, tornando-se emocionalmente envolvidas. Isso é muito importante, pois assim, é possível desempenhar as tarefas de forma mais objetiva e atingir mais rapidamente os objetivos propostos.

No entanto, considerando o fenômeno da IC, AE e AI, do ponto de vista qualitativo, pode-se encontrar aspectos interessantes nos resultados dos instrumentos aplicados antes e depois das oficinas. Por exemplo, no FRS, onde os desenhos do corpo representam aspectos físicos de magro e obeso com referência ao Índice de Massa Corporal (IMC), houve uma melhora de três pacientes (2, 4 e 6), e isso pode sugerir que a insatisfação corporal melhorou. Porém, neste mesmo teste uma delas manteve a mesma insatisfação nos dois questionários (paciente 7), e as outras duas pacientes (1 e 5) aumentaram sua insatisfação com a aparência corporal. Em relação as Escalas de Satisfação com a Imagem Corporal e de Autoestima de Rosenberg, não houve nenhuma melhora significativa entre as pacientes.

Esse fenômeno pode ser resultado de um maior contato das pacientes com seus corpos, que são para elas fonte de angústia e relacionados a sintomas nucleares dos TA.

No BSQ, as três pacientes (1, 3 e 5) que demonstraram aumentar seus escores devido a maior preocupação com a aparência corporal, se enquadraram na pontuação acima de 140 pontos nas duas coletas, e isso representa que foi mantida uma grave distorção da IC. Três pacientes (4, 6 e 7) que reduziram seus escores, reduziram sua preocupação, mas continuaram em sua classificação como moderada distorção da IC, e uma delas com grave distorção da IC. Porém houve uma paciente (2) que ao baixar seu escore foi constatado padrão de normalidade, ou seja, ausência de distorção da IC.

Os escores que mostraram maiores mudanças foram os do Questionário de Autoestima e Autoimagem de Stobäus. Analisando as respostas por critério de divisão de subaspectos, observou-se que os aspectos emocionais foram os que mais obtiveram melhoras. Destacando o aspecto sobre integridade moral, das sete pacientes, seis obtiveram aumento de AE e AI (pacientes 1, 2, 3, 4, 6 e 7). Cabe salientar também o subaspecto emocional, bem estar social, em que houve aumento da AE e AI de quatro pacientes (pacientes 1, 3, 4 e 6), bem como no subaspecto social que envolvia questões sobre status sócioeconômico, condições de família e realizações profissionais houve um aumento de escore de quatro pacientes também (pacientes 1, 2, 4 e 6). Já nos aspectos orgânicos que tinham questões de ordem genética e fisiológica, e a sessão de questões emocionais a respeito da felicidade pessoal, não houve melhora da AE e AI das pacientes. A tendência estatística observada no subaspecto integridade, mesmo em um grupo pequeno, sugere que essa seja uma dimensão que possa ser trabalhada de forma clinicamente relevante em um curto período de tempo.

A insatisfação com a aparência corporal muito se deve à divulgação na mídia de algumas profissões como as modelos, atrizes e bailarinas, que frente à sua magreza são mostradas como símbolos de beleza e sucesso para a sociedade. Magreza esta que pode nem existir, mostram fotos de revistas e

outdoors que utilizam da ferramenta *photoshop* alterando a forma corporal e, muitas vezes, criando distorções da imagem real. Atualmente, estar inserido na sociedade é estar de acordo com os padrões de beleza. Por isso, as mudanças no formato, tamanho e aparência do corpo são comuns nas pessoas como estratégia para se sentirem inseridas. Segundo Cordas (2004) a mídia promove distúrbios da IC e alimentar através de ícones femininos, onde as mulheres estão cada vez mais magras ao longo das décadas. É provável que o afetado pela mídia seja o indivíduo vulnerável quanto a sua IC. Assim, sente-se cada vez mais insatisfeito com a sua aparência e forma física, comparando as suas representações corporais às representações dos corpos dos outros (Norton e Olds, 2005).

Em qualquer mecanismo perceptual-cognitivo, a IC e a satisfação corporal possuem componentes estáveis e dinâmicos. Segundo Roth e Armstrong³ apud Norton e Olds (2005, p. 239), há uma evidência considerável de que as opiniões sobre o corpo são instáveis e podem operar de forma contextual numa variabilidade de situações cruzadas. Por isso, na AN, a distorção da IC é o aspecto mais importante do transtorno, pois a melhora dos sintomas da anorexia pode ser temporária se não houver uma mudança corretiva na IC. E mesmo assim, por terem uma IC fraca e distorcida, as pacientes se tornam vulneráveis a mudanças de pensamentos sobre si mesmas. Além disso, as relações entre dimensões reais do corpo e a IC podem variar de acordo com os instrumentos psicométricos utilizados.

A experiência em grupo que as pacientes passaram a ter, o contato com o corpo, e a partir disso, ter respondido com mais fidedignidade ao segundo questionário podem ser justificativas para os presentes achados. Além do mais, não foi controlado para outros fatores, como sintomas de depressão, no período de aplicação do segundo questionário, e omissões e respostas não verdadeiras nos questionários podem ter ocorrido como fator limitante da

³ ROTH, D., & ARMSTRONG, J. Feelings of fatness questionnaire: a measure of the cross-situational variability of body experience. *International Journal of Eating Disorders*, 1993, 14, 349-358.

pesquisa, e, também, o pouco tempo de tratamento, o pequeno número de pacientes participantes da amostra e a diferença de idade.

É pouco provável que a diferença de idade das pacientes que participaram deste estudo tenha afetado a diferença nas respostas. A preocupação com a aparência é predominante na adolescência e aos vinte e poucos anos. Alguns estudos comprovaram que a preocupação com a aparência diminui com a idade segundo Cash⁴ et. al. apud Norton e Olds (2005, p. 243), enquanto outros descobriram que o desejo por um corpo mais magro pode persistir até a velhice (Davis e Cowles, 1991; Hallinan e Schuler, 1993). Sendo assim, seria interessante repetir esta metodologia com grupos mais heterogêneos, dentro de mesmas faixas etárias.

Apesar destas limitações, foi possível estabelecer um programa de intervenção corporal com mudança na relação com corpo e suas representações, IC e AI, e com impacto na AE. Mesmo com um período de tempo de intervenções curto, número de pacientes pequeno e grande diferença de idade houve alteração com melhora. Ao longo das atividades oferecidas nas oficinas, as pacientes entraram em contato com o corpo negado, o que fez com que encarassem a realidade da sua forma corporal. A partir disso, tiveram a oportunidade de vivenciar experiências corporais e momentos de socialização que aumentaram a motivação para continuar o tratamento dos TA.

⁴ CASH, T., WINSTEAD, B., & JANDA, L. The great American shape-up. *Psychology Today*, 1986, April, 30-37.

6. CONCLUSÃO

O objetivo de inserir a Educação Física em uma equipe multidisciplinar no tratamento de TA através da implantação de um programa de intervenções com vivências corporais foi atingido. Apesar de os resultados terem revelado que não houve aumento estatisticamente significativo da AE e AI, e nem mudança da distorção da IC significativos.

A baixa significância estatística dos resultados no presente estudo pode estar relacionada ao pequeno número de pacientes e ao curto período de tratamento. Além disso, as pacientes tomaram contato com o corpo indesejado e podem ter respondido aos segundos questionários com mais fidedignidade do que nos primeiros questionários.

Baseado nestes resultados são necessários outros estudos avaliando AE e AI, bem como a distorção da IC e superestimativa do tamanho do corpo ao longo de um tratamento de TA com intervenções através de vivências corporais ministrado por educadores físicos. Neste caso, utilizando uma amostra maior, com um período maior de tratamento e com controle de outros fatores, como sintomas de depressão, no período da coleta de dados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder: text review – DSM-IV-TR**. Washington, DC: 2000.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M.. **Transtornos alimentares**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, s. 2, p.28-31, jun. 2000.

ASSUNÇÃO, Sheila Seleri Marques; CORDÁS, Táki Athanássios; ARAÚJO, Luiz Armando Serra Barreto de. **Atividade física e transtornos alimentares**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 29, n. 1, p.4-13, 2002.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima e os seus seis pilares**. Tradução de Vera Caputo. 5. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2000. 398p.

BRUNSTEIN, Miriam Garcia. **Desenvolvimento do Programa de Atendimento e Pesquisa em Transtornos do Comportamento Alimentar em Adultos**. Serviço de Psiquiatria do HCPA, 2007.

BUCARETCHI, H. A. Org. **Anorexia e Bulimia Nervosa: Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 183p.

CB, Taylor et al. **Prevention of eating disorders in at-risk college-age women**. Arch Gen Psychiatry, Usa, v. 8, n. 63, p.881-888, ago. 2006.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; BORGES, Maria Beatriz Ferrari. **Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 24, supl. III, p.7-12, dez. 2002.

CORDÁS, Táki Athanássios et. al. **Anorexia e Bulimia: O que são? Como ajudar? Um guia de orientação para pais e familiares.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 59p.

CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31, n. 4, p.154-157, 2004.

CUMMING, Gisele Cerqueira et al. **Experiências e expectativas em práticas de atividades físicas de pessoas com anorexia nervosa.** Movimento, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.69-85, abr/jun. 2009.

DAVIS, C., COWLES, M. **Body image and exercise: a study of relationships and comparisons between physically active men and women.** Sex Roles, Canada, v. 25, n.1/2, 1991.

FERREIRA, M., Cristina e LEITE, M., G., Neíse. **Adaptação e validação de um instrumento de avaliação da satisfação com a imagem corporal.** Revista Avaliação Psicológica, Porto Alegre, v.1, n.2, nov. 2002.

FREITAS, Silvia; GORENSTEIN, Clarice; APPOLINARIO, Jose C. **Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares.** Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 24, supl. III, p.34-38, dez. 2002.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. **A auto-imagem corporal na anorexia: uma abordagem sociológica.** Psicologia e Sociedade, Florianópolis, v. 18, n. 2, p.81-88, mai. 2006.

GUNTHER, Bernard. **Sensibilidade e relaxamento: debaixo da sua mente.** São Paulo: Brasiliense, 1989. 189p.

HALLINAN, C., SCHULER, P. **Body-shape perceptions of elderly women exercisers and nonexercisers.** Perceptual and Motor Skills, Tuscaloosa, v. 77, n. 2, p. 451-456, out. 1993.

HERSCOVICI, Cecile Rausch. **A Escravidão das Dietas.** Porto Alegre: Artes Médicas: 1996. 181p.

IDA, Sheila Weremchuk. **Anorexia e bulimia: uma perspectiva social.** 72 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - UFRGS, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2008.

KAKESHITA, Idalina Shiraishi; ALMEIDA, Sebastião de Sousa. **Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 3, p.497-504, jun. 2006.

KAPLAN, H. I. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003. 1169p.

MELLION, B., Morris et. al. **Segredos em Medicina Desportiva.** 1 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. 524p.

NORTON, Kevin e OLDS, Tim. **Antropométrica: um livro sobre medidas corporais para o esporte e cursos da área da saúde.** 1 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2005. 398p.

NUNES, Maria Angélica et. al. **Transtornos Alimentares e Obesidade.** 2 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2006. 415p.

OLIVEIRA, Fátima Palha de et al. **Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v. 9, n. 6, p.348-356, nov./dez. 2003.

OLIVEIRA, Letícia Langlois. **Jovens com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: variáveis culturais e psicológicas**. 161 f. Tese. (Doutorado em Psicologia), UFRGS, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2009.

ROMANO, Ana et. al. **Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosemberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país**. Psicologia, Saúde e Doenças, Lisboa, v. 8, n.1, p.109-116, 2007.

ROMARO, Rita Aparecida; ITOKAZU, Fabiana Midori. **Bulimia Nervosa: Revisão da Literatura**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.407-412, 2002.

SAIKALI, Carolina Jabur et al. **Imagem corporal nos transtornos alimentares**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31, n. 4, p.164-166, 2004.

SANCHEZ, Patrícia Castellano. **Funcionamento parental em uma amostra brasileira de pacientes com transtornos alimentares**. 120 f. Dissertação. (Mestrado em Medicina), UFRGS, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2006.

SCHILDER, Paul. **A imagem do Corpo: As energias construtivas da Psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SECCHI, Kenny; CAMARGO, Brígido Vizeu; BERTOLDO, Raquel Bohn. **Percepções da imagem corporal e representações sociais do corpo**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 25, n. 2, p.229-236, jun. 2009.

SOUZA-KANESHIMA, Alice Maria de et al. **Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná**. Maringá, Maringá, v. 28, n. 2, p.119-127, 2006.

SLADE, Peter David. **What is body image?** Behav. Res. Ther., England, v. 32, n. 5, p.497-502, 1994.

STOBÄUS, C. D. **Desempenho e auto-estima em jogadores profissionais e amadores de futebol: análise de uma realidade e implicações educacionais.** 209 f. Dissertação. (Mestrado em Educação), UFRGS, Faculdade de Educação, Porto Alegre, 1983.

TEIXEIRA, Paula Costa et al. **A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares.** Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 36, n. 4, p.145-152, 2009.

TOSATTI, Abykeyla Mellisse; PERES, Luciana; PREISSLER, Helena. **Imagem corporal e as influências para os transtornos alimentares nas adolescentes jovens.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento: Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício, São Paulo, v. 1, n. 4, p.34-47, ago. 2007.

Z., Yager; J., O'dea. **A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers.** Health Educ. Res., Australia, v. 5, n. 25, p.841-852, jul. 2010.

Z., Yager; JA, O'dea. **Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions.** Health Promot Int., Australia, v. 2, n. 23, p.173-189, jun. 2008.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMA COM VIVÊNCIAS CORPORAIS EM PACIENTES DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO E PESQUISA EM TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ADULTOS (PTA/HCPA)

I. Justificativa do Trabalho e Por que você está sendo convidado

Este trabalho visa realizar oficinas com vivências corporais em paciente com diagnósticos de transtornos alimentares e avaliar o quanto isso pode melhorar a autoimagem e autoestima das pacientes que participarem. Você está sendo convidada a participar por estar em tratamento no Programa de Atendimento em Transtornos do Comportamento Alimentar em adultos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PTA-HCPA)

II. Os procedimentos a serem utilizados

O programa consta de oficinas semanais com duração de 50 minutos orientados por educadores físicos. As oficinas abordarão: práticas com vivências corporais, sensibilidade, relaxamento, meditação, alongamento, flexibilidade, equilíbrio e propriocepção. As atividades serão individuais, em duplas ou em grupo, e, além disso, cada paciente terá uma atenção individualizada e poderá receber uma prescrição de exercícios físicos. No primeiro e no último encontro os voluntários deverão responder a questionários autoaplicáveis.

III. Os riscos esperados

Pode haver algum desconforto durante as oficinas ou no preenchimento dos questionários. Os pesquisadores ou outros membros da equipe estarão disponíveis para orientação e atendimento caso isso ocorra.

V. Os benefícios de participar

Os pacientes que participarem desse trabalho poderão ter uma melhora adicional e alguns aspectos de seu problema como autoimagem e autoestima. Além disso, se for constatada melhora significativa esse programa pode ser implementado com todas as pacientes do PTA/HCPA.

VI. Liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si

O voluntário tem a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para si.

VII. Garantia de privacidade

Será mantida sua privacidade em todas as fases da pesquisa, em nenhum momento será divulgado dados que permitam a identificação de quem participou.

VIII. Consentimento

O voluntário consente que o material coletado possa ser utilizado para os fins da presente pesquisa, isto é, caracterização e compreensão das consequências das oficinas nas pacientes.

IX. Garantia de esclarecimento de dúvidas

Fui informado de que caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar as Dra Miriam Brunstein, responsáveis pela pesquisa f (51) 3359-8294 ou Samantha Antunes Reis no telefone 99089968.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento:

Nome

Assinatura do voluntário

____/____/____
Data

Nome

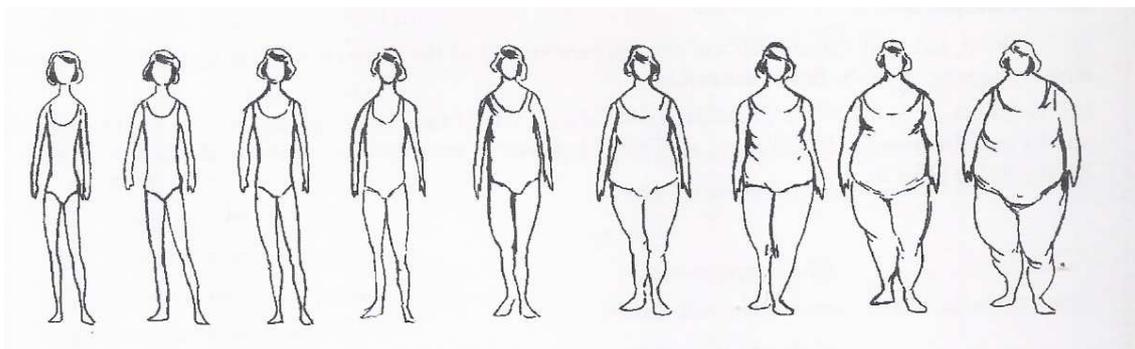
Assinatura do pesquisador

____/____/____
Data

ANEXO B - Escala de Figuras de Stunkard - (FRS)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Observe a série de figuras abaixo.



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

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

ANEXO C - Body Shape Questionnaire - (BSQ)

(Questionário sobre a imagem corporal)

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

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

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Você já teve vergonha do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Você toma laxantes para se sentir magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ANEXO D - Questionário de Autoimagem e Autoestima

NOME: _____

Leia atentamente cada questão. Procure responder o mais realisticamente possível o que você pensa sobre o assunto tratado agora, hoje. Ao terminar, confira todas as respostas. Desde já lhe agradeço por colaborar neste trabalho.

	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Gostaria de realizar melhor o meu trabalho?					
2. Tenho problemas de saúde?					
3. Considero satisfatória minha situação financeira?					
4. Gostaria de ter maior êxito profissional?					
5. Gostaria de ter saúde diferente?					
6. Gostaria de estudar mais?					
7. Preocupo-me com minha situação financeira?					
8. Considero-me profissionalmente realizado?					
9. Sinto-me, profissionalmente, inferior aos meus colegas?					
10. Gosto de aprender?					
11. Sei encontrar soluções para os problemas que aparecem?					
12. Tenho boa memória?					
13. Tenho facilidade de criar ideias?					
14. Considero-me uma pessoa feliz?					
15. Tenho curiosidade em conhecer coisas novas?					
16. Tenho planos para o futuro?					
17. Sinto conflitos interiores?					
18. Considero-me uma pessoa realizada na vida?					
19. Gostaria de ser mais inteligente?					
20. Fico tenso e preocupado quando encontro problemas?					
21. Gostaria de ter memória melhor?					
22. O meu passado deveria ter sido diferente?					

	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca	Nunca
23. Canso-me facilmente?					
24. Consegui, até agora, realizar tudo o que pretendia na vida?					
25. Preocupo-me muito comigo mesmo?					
26. Interesse-me pelos outros?					
27. Aceito a minha vida como ela é?					
28. Tenho boas relações com as pessoas mais íntimas?					
29. Penso que os outros não tem consideração comigo?					
30. Relaciono-me bem com os meus parentes?					
31. Parece-me que os outros têm vida melhor que a minha?					
32. Sinto-me abandonado pelos meus amigos?					
34. Sinto segurança em minhas atitudes?					
35. Considero-me uma pessoa tolerante?					
36. Tenho senso de humor?					
37. Tenho dúvidas sobre a que atitude tomar?					
38. Aceito opiniões diferentes da minha?					
39. Sou uma pessoa triste?					
40. Acuso outros de erros que eu cometo?					
41. Sinto-me magoado quando os outros me criticam?					
42. Sou uma pessoa medrosa?					
43. As opiniões dos outros têm influência sobre mim?					
44. Tenho certeza sobre o que está certo ou errado?					
45. Sou uma pessoa submissa?					
46. As convenções sociais me afetam?					
47. Sinto que outros me evitam?					
48. Tenho medo da morte?					
49. Considero-me uma pessoa satisfeita?					
50. Se eu pudesse começar tudo de novo, gostaria de ter uma vida diferente?					

ANEXO E - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

Circule em que grau cada uma das alternativas se aplica a você:

1. Gosto do modo como apareço em fotografias

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

2. Tenho uma aparência tão boa quanto à maioria das pessoas

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

3. Gosto do que vejo quando me olho no espelho

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

4. Se eu pudesse, mudaria muitas coisas na minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

5. Gostaria que minha aparência fosse melhor

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

6. Gostaria de ter uma aparência semelhante à de outras pessoas

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

7. Pessoas da minha idade gostam da minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

8. As outras pessoas acham que eu tenho boa aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

9. Sinto-me feliz com minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

10. Sinto vergonha da minha aparência

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

11. Minha aparência contribui para que eu seja paquerado

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

12. Acho que eu tenho um corpo bom

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

13. Sinto-me tão bonito quanto eu gostaria de ser

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

14. Tenho orgulho do meu corpo

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

15. Sou uma pessoa sem atrativos físicos

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

16. Meu corpo é sexualmente atraente

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

17. Gosto de minha aparência quando me olho sem roupa

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

18. Gosto da maneira que as roupas caem em mim

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

19. Estou tentando mudar meu peso

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

20. Estou satisfeito com meu peso

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

21. Sinto que meu peso está na medida certa para minha altura

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

22. Estar acima do meu peso me deprime

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

23. Estou sempre preocupado com o fato de poder estar gordo

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

24. Estou fazendo dieta atualmente

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

25. Frequentemente tento perder peso fazendo dietas drásticas e radicais

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

ANEXO F - ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada:

1 - Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

2 - Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

3 - Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

4 - Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto à maioria das pessoas.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

5 - Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

6 - Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

7 - No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

8 - Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

9 - Às vezes eu me sinto inútil.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

10 - Às vezes eu acho que não presto para nada.

Discordo Totalmente Discordo Concordo Concordo Totalmente

ANEXO G - Grade de apuração de respostas do questionário de Autoimagem e Autoestima.

Perguntas referentes à autoimagem e sua contagem de pontos:

	P = PROGRESSIVO	R = REGRESSIVO
Número da pergunta	1, 2, 19, 21, 33, 35, 40, 41 e 45.	3, 8, 10, 11,13, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 26, 28, 30, 36, 38, 44 e 49.

Perguntas referentes à autoestima e sua contagem de pontos:

	P = PROGRESSIVO	R = REGRESSIVO
Número da pergunta	4, 5, 6, 7, 9, 17, 20, 22, 25, 29, 31, 32, 37, 39, 42, 43, 46, 47, 48 e 50.	12, 27, e 34.

A contagem de pontos será feita levando-se em conta estas duas sequências.

Exemplo:

* pergunta nº1 (progressivamente)

Se o aluno marcou na primeira coluna (sempre) obtém 1 ponto.

* pergunta nº (regressivamente)

Se o aluno marcou na primeira coluna (sempre) obtém 5 pontos.

ANEXO H - Quadro de divisão por aspectos utilizados como critério na construção do questionário de Autoimagem e Autoestima.

ASPECTOS		Nº DA PERGUNTA
ORGÂNICOS	Genéticos	12 e 21.
	Fisiológicos	2, 5 e 23.
SOCIAIS	Status Sócio-econômico	3, 7 e 33.
	Condições de família	28 e 30.
	Realizações profissionais	1, 4, 8, 9 e 16.
INTELECTUAIS	Escolaridade	6, 10 e 13.
	Educação	15, 19, e 38.
	Sucesso profissional	11, 24 e 31.
EMOCIONAIS	Felicidade pessoal	14, 18, 25, 27, 39 e 49.
	Bem-estar social	26, 29, 32, 36, 45, 46 e 47.
	Integridade moral	17, 20, 22, 34, 35, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 48 e 50.