

TRANSTORNOS ALIMENTARES EM OBESOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Márcia de Fátima Corrêa Alves¹
Clyvia Wanessa Góes Santos¹
Antônio José De Oliveira Castro²
Rosilene Reis Della Noce²

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi verificar sintomas de transtornos alimentares em uma amostra não clínica de obesos atendidos em um Hospital Universitário de Belém-PA. Consistiu em um estudo transversal e descritivo, do qual participaram 51 obesos, sendo 21 homens e 30 mulheres, com idade entre 20 a 76 anos. Os participantes foram avaliados através das três escalas específicas do inventário de transtornos alimentares-3 (EDI-3). Houve maior risco para transtornos alimentares em participantes de maior peso ($p \leq 0.001$) e estatura ($p = 0.002$). O diagnóstico de risco moderado foi mais evidente nas mulheres e de risco elevado nos homens ($p < 0.001$). Os homens obesos apresentaram maior tendência a comportamentos de risco relacionados às percepções de suas formas corporais e às preocupações com a dieta e o peso. O estudo se dedicou a avaliar outros sintomas de transtornos alimentares em obesos, não restrito à compulsão alimentar. Portanto, recomenda-se o desenvolvimento de um instrumento específico para esse público e a realização de estudos ampliados sobre seu comportamento alimentar.

Palavras-chave: Obesidade. Comportamento alimentar. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Inquéritos e questionários.

ABSTRACT

Eating disorder in obese attending in a University Hospital

The objective of this study was to investigate the symptoms of eating disorders in a non-clinical sample of obese patients attending a University Hospital of Belém-PA. It consisted of a transversal and descriptive study. There were had 51 obese participants (ages 20-76), of whom 21 male and 30 female. Participants are evaluated using the three specific scales of the Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3). There was a greater risk for eating disorders in participants of greater weight ($p \leq 0.001$) and height ($p = 0.002$). The diagnosis of moderate risk of eating disorder is more dominant in women and displays high risk in men ($p < 0.001$). Obese men more presented to risk behaviors related to perceptions of their body shapes and concerns about diet and weight. It is recommended the development of a specific instrument for individuals with obesity and the performance of studies on the eating behavior of this group, including the possible risk factors involved, contributing to the advancement of care to these patients.

Key words: Obesity. Feeding behavior. Feeding and eating disorders. Surveys and questionnaires.

1-Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Centro de Referência em Obesidade, Universidade Federal do Pará (UFPA), Pará, Brasil.

2-Docente da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA), Pará, Brasil.

E-mails dos autores:
nut.marciaalves@hotmail.com
clyviawgs@hotmail.com
ajocbr@yahoo.com.br
rosilenereis@gmail.com

INTRODUÇÃO

A obesidade é um dos maiores problemas de saúde da atualidade, de etiologia multifatorial e consequências tanto metabólicas quanto psicológicas e comportamentais. Os indivíduos obesos constituem um grupo diversificado e complexo, para o qual se exige especial atenção e entendimento, principalmente quanto ao comportamento alimentar (Bohrer, Forbush e Hunt, 2015).

Esse grupo é suscetível a estereótipos e estigmas relacionados ao peso, os quais levam a depressão, ansiedade e sentimento de culpa que, quando negligenciados, induzem a comportamentos compensatórios e inadequados diante da insatisfação corporal (Murakami, Essayli e Latner, 2016; Nazar e colaboradores, 2016). Logo, necessita-se de ferramentas capazes de avaliar a ocorrência de transtornos alimentares nessa população.

Atualmente, o Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação do comportamento alimentar, tanto em população clínica (previamente diagnosticados) quanto em não clínica (não diagnosticados) (Berner e colaboradores, 2013; D'Emden e colaboradores, 2014; Robbeson, Kruger e Wriqth, 2015; Wood, Dygdon e Conger, 2015).

O questionário possui doze escalas, das quais nove são inespecíficas e três são específicas para a avaliação dos sintomas de transtornos alimentares (obsessão por emagrecer, bulimia e insatisfação corporal) (Garner, 2010).

O EDI-3 foi traduzido para o idioma português num estudo de validação para a população portuguesa (Tapadinhas, 2009).

No Brasil, essa versão traduzida foi utilizada por Modesto e colaboradores (2010) em pesquisa que aplicou somente a escala inespecífica medo da maturidade, e identificou que este sintoma era maior entre as mulheres e entre os indivíduos casados.

Entretanto, o inventário ainda não é validado no país e não existem estudos publicados com a aplicação das escalas específicas.

Recentemente, um estudo americano que empregou somente as escalas específicas em pessoas com diferentes classificações de Índice de Massa Corporal (IMC), demonstrou boa consistência interna das escalas Desejo

de Emagrecer (0,85) e Bulimia (0,83) quando aplicadas em indivíduos obesos, comprovando a confiabilidade dessas medidas nesse grupo (Bohrer, Forbush e Hunt, 2015).

Porém, os estudos sobre o comportamento alimentar de obesos ainda são escassos e imprecisos.

Demonstra-se cada vez mais a associação entre obesidade e distúrbios alimentares de origem psicológica e comportamental (Bohrer, Forbush e Hunt, 2015; Callugi e colaboradores, 2016; Mensinger, Calogero e Tylka, 2016; Murakami, Essayli e Latner, 2016).

Portanto, necessita-se de investigações sobre as causas, consequências e impactos na saúde e bem-estar.

O objetivo desse estudo foi verificar sintomas de transtornos alimentares, através das escalas específicas do inventário de transtornos alimentares (EDI-3), em uma amostra não clínica de obesos atendidos em um Hospital Universitário.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal e descritivo, realizado no período de janeiro de 2016 a maio de 2017, com amostra composta por indivíduos obesos que frequentaram voluntariamente o Centro de Referência em Obesidade (CROb) do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, na Universidade Federal do Pará, em Belém-PA.

A pesquisa foi divulgada por meio de mídias sociais e comunicados internos no ambiente hospitalar e da Universidade. Os interessados entravam em contato telefônico para agendar dia e horário mais conveniente para a avaliação. A equipe formada por nutricionistas e acadêmicos de Nutrição atendiam e selecionavam os voluntários a partir dos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 19 anos, alfabetizados e com Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30,0$ kg/m².

Aqueles que obedeciam aos critérios eram oficialmente convidados a participar da pesquisa "Obesidade e Cirurgia da Obesidade", ainda em andamento e aprovada sob o parecer nº 1.202.343/2015 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará. Após conhecimento de todos os procedimentos, objetivos, riscos e benefícios, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os estudantes e profissionais envolvidos foram previamente treinados para a utilização do EDI-3, padronização da antropometria e acompanhamento nutricional. No dia da entrevista, os participantes foram esclarecidos sobre todas as etapas do estudo: preenchimento de questionários (dados pessoais, sociodemográficos, estilo de vida, histórico de doenças, EDI-3); avaliação antropométrica; resultados e prescrição dietética personalizada.

Participaram do estudo 55 indivíduos, dos quais 4 foram excluídos por não responderem aos questionários por completo. Portanto, a amostra final foi composta por 51 obesos (21 homens e 30 mulheres).

As informações pessoais, sociodemográficas e de estilo de vida eram preenchidas pelo entrevistador e o EDI-3 pelo participante, sendo sanadas quaisquer dúvidas que surgissem sobre as perguntas. Na avaliação antropométrica, o peso (Kg) e a estatura (cm) foram aferidos de acordo com as recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2013).

O IMC foi obtido pelo cálculo da divisão do peso (kg) pelo quadrado da altura (m). Para o diagnóstico nutricional, o IMC foi classificado em pré-obesidade (25,0 a 29,9kg/m²), obesidade grau I (30,0 a 34,9kg/m²), obesidade grau II (35,0 a 39,9kg/m²) e obesidade grau III ($\geq 40,0$ kg/m²) (OMS, 2000).

Todos os procedimentos da entrevista (apresentação da pesquisa, avaliação dos critérios de inclusão, avaliação antropométrica e aplicação dos questionários), duravam cerca de 40 minutos.

Apenas dois voluntários não se enquadraram nos critérios de inclusão, mas realizaram a avaliação inicial e receberam os resultados da pesquisa.

Inventário de Transtornos Alimentares (EDI-3)

O EDI-3 é um questionário autoaplicável que avalia as atitudes, emoções e comportamentos associados aos transtornos alimentares. É formado por 91 perguntas, divididas em doze escalas, sendo três delas específicas para os transtornos alimentares e as demais são escalas psicológicas gerais e

inespecíficas, mas relacionadas com o desenvolvimento ou manutenção dessas doenças (Garner, 2010).

O questionário utilizado neste estudo foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Tapadinhas (2009).

Os participantes da pesquisa responderam ao inventário completo, mas se considerou apenas as escalas específicas: obsessão por emagrecer, bulimia e insatisfação corporal, com sete, oito e dez perguntas, respectivamente. Essas três escalas formam o Compósito de Risco para Transtornos Alimentares, doravante chamado neste estudo de Compósito Geral.

Cada uma das perguntas é pontuada em uma escala de 0 a 4, de acordo com a intensidade dos sintomas (0-nunca, 0-raramente, 1-às vezes, 2-com frequência, 3-quase sempre, 4-sempre). Dentre as 25 questões, algumas relacionadas à forma corporal e à dieta são pontuadas de forma inversa (4-nunca, 3-raramente, 2-às vezes, 1-com frequência, 0-quase sempre, 0-sempre), devido à interpretação contrária do questionamento, no qual a frequência "nunca" se torna o maior grau do sintoma.

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

Análise estatística

Os dados foram tabulados e armazenados no software Excel (Microsoft Office 2013). As análises estatísticas foram realizadas pelo software SPSS (versão 20.0). Para as variáveis de distribuição normal, calculou-se as médias e desvios-padrão através do teste t de Student. As associações entre variáveis categóricas foram feitas pelo χ^2 (qui-quadrado), com nível de significância $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

A amostra apresentou média de idade de 38,2 ($\pm 12,9$) anos e IMC de 37,1 ($\pm 5,5$)

kg/m². O risco elevado para transtornos alimentares esteve associado ao maior peso ($p \leq 0.001$) e estatura ($p = 0.002$).

Entre os gêneros, o risco moderado foi mais evidente nas mulheres e o elevado nos homens ($p < 0.001$). As demais variáveis não demonstraram relações estatisticamente significativas ($p > 0.05$) (tabela 1).

A média das pontuações das escalas específicas não diferiu entre os grupos. Porém, no compósito geral, a pontuação foi significativamente maior no grupo dos homens ($p < 0.001$) (tabela 2).

Na escala desejo de emagrecer, que expressa a inquietação com o peso corporal, houve maior prevalência de homens em risco

elevado. A insatisfação corporal elevada entre o gênero masculino também foi significativa, com 15 participantes (71,4%), enquanto a maioria das mulheres permaneceu em risco moderado para a escala (56,7%).

A escala bulimia, associada a comportamentos de compulsão alimentar e métodos compensatórios, apresentou a maior prevalência em risco baixo, para ambos os gêneros.

No diagnóstico geral, as mulheres foram maioria em risco moderado, enquanto 85,7% dos homens foram classificados como risco elevado para transtornos alimentares (tabela 3).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, antropométrica, estilo de vida e diagnóstico geral. Belém-PA, 2017.

Características	Total (n = 51)	Compósito Geral (n = 51)			p valor*
		Baixo	Moderado	Elevado	
Idade (anos)	38,2 (±12,9)	31,6 (±17,6)	41 (±13,8)	36,1 (±11,1)	0,290
Gênero					
Feminino	30 (58,8%)	3 (100%)	22 (88%)	5 (21,7%)	≤ 0,001
Masculino	21 (41,2%)	0 (0%)	3 (12%)	18 (78,3%)	
Antropometria					
Peso (kg)	98,4 (±20,5)	92,2 (±21,5)	89,1 (±11,6)	109,4 (±23,1)	≤ 0,001
Estatura (cm)	162,3 (±9,7)	160,3 (±12,8)	157,9 (±7,4)	167,4 (±9,5)	0,002
IMC (kg/m ²)**	37,1 (±5,5)	36 (±9,2)	35,6 (±3,6)	38,8 (±6,4)	0,134
Estado Civil					
Solteiro(a)	24 (47,1%)	3 (100%)	11 (44%)	10 (43,5%)	0,439
Casado(a)/união estável	22 (43,1%)	0 (0%)	11 (44%)	11 (47,8%)	
Divorciado(a)/viúvo(a)	5 (9,8%)	0 (0%)	3 (12%)	2 (8,7%)	
Renda Familiar***	4,1 (±4,9)	1,31 (±0,43)	3,7 (±4,3)	4,9 (±5,8)	0,444
Escolaridade					
Fundamental	7 (13,7%)	2 (66,7%)	2 (8%)	3 (13%)	0,063
Médio	16 (31,4%)	0 (0%)	10 (40%)	6 (26,1%)	
Superior	28 (54,9%)	1 (33,3%)	13 (52%)	14 (60,9%)	
Uso de cigarro					
Sim	6 (11,8%)	0 (0%)	2 (8%)	4 (17,4%)	0,486
Não	45 (88,2%)	3 (100%)	23 (92%)	19 (82,6%)	
Consumo de álcool					
Sim	17 (33,3%)	0 (0%)	7 (28%)	10 (43,5%)	0,236
Não	34 (66,6%)	3 (100%)	18 (72%)	13 (56,5%)	

Legenda: *Teste *t* para variáveis contínuas e teste *qui-quadrado* para variáveis categóricas, com nível de significância $p \leq 0.05$ e $p \leq 0.001$. **Índice de Massa Corporal. ***Salário mínimo referente ao ano de 2016 (R\$ 880,00).

Tabela 2 - Escores médios das escalas específicas e do compósito geral. Belém-PA, 2017.

Escalas/Compósito	Homens (n=21)		Mulheres (n=30)		p valor*
	Média	DP	Média	DP	
Desejo de Emagrecer	14,4	6,5	15,9	7,5	0,467
Bulimia	6,4	5,3	5,5	4,6	0,511
Insatisfação Corporal	20,1	6,6	22,5	9,5	0,325
Compósito Geral	200,2	26,7	167,0	19,5	≤ 0,001

Legenda: *Teste *t* para variáveis independentes com nível de significância $p \leq 0.05$ e $p \leq 0.001$.

Tabela 3 - Frequência relativa dos diagnósticos nas escalas específicas e compósito geral. Belém-PA, 2017.

Escalas/Compósito	Homens (n=21)	Mulheres (n=30)	p valor*
	n (%)	n (%)	
Desejo de emagrecer			
Baixo	1 (4,8)	5 (16,7)	≤ 0,001
Moderado	4 (19,0)	18 (60,0)	
Elevado	16 (76,2)	7 (23,3)	
Bulimia			
Baixo	8 (38,1)	15 (50,0)	0,211
Moderado	8 (38,1)	13 (43,3)	
Elevado	5 (23,8)	2 (6,7)	
Insatisfação corporal			
Baixo	0 (0,0)	6 (20,0)	0,002
Moderado	6 (28,6)	17 (56,7)	
Elevado	15 (71,4)	7 (23,3)	
Compósito geral			
Baixo	0 (0,0)	3 (10,0)	≤ 0,001
Moderado	3 (14,3)	22 (73,3)	
Elevado	18 (85,7)	5 (16,7)	

Legenda: *Teste qui-quadrado com nível de significância $p \leq 0.05$ e $p \leq 0.001$.

DISCUSSÃO

As mulheres são consideradas mais suscetíveis a sintomas característicos de transtornos alimentares, devido ao padrão de beleza estabelecido, pressões sociais, influência da mídia e distorção da imagem corporal (Fan e colaboradores, 2010; Fernandez e Pritchard, 2012; Wood, Dygdon, Conger, 2015).

Entretanto, na presente investigação, verificou-se que as mulheres foram diagnosticadas com risco moderado, enquanto os homens obesos apresentaram risco elevado para transtornos alimentares. Os indivíduos do gênero masculino também possuem um ideal de beleza estabelecido, sobretudo no mundo ocidental, e, portanto, são tão vulneráveis aos transtornos alimentares quanto as mulheres (Stanford e Lemberg, 2012).

Fernandez e Pritchard (2012) analisaram associações entre a escala desejo de emagrecer, influência da mídia e autoestima, e identificaram que homens e mulheres são influenciados de modo semelhante pelos padrões midiáticos de beleza.

Entretanto, autores alertam que os transtornos alimentares cursam de forma distinta entre os gêneros, pois os homens idealizam uma forma corporal diferente,

baseada em maior quantidade de massa muscular (Carvalho e colaboradores, 2016; Fortes e colaboradores, 2015; Stanford e Lemberg, 2012).

Os achados indicaram também que quanto maior o peso e a estatura, maior a vulnerabilidade para o comportamento alimentar de risco, visto que os extremos de peso predispõem ao desenvolvimento de transtornos alimentares (Alvarenga e colaboradores, 2013).

Estes, por sua vez, podem dificultar o início ou a permanência no tratamento e as modificações dos hábitos alimentares (Mensing, Calogero e Tylka, 2016).

As pontuações nas escalas específicas, especialmente em desejo de emagrecer e insatisfação corporal, confirmam o grupo dos homens com maior sintomatologia nessas escalas.

Stanford e Lemberg (2012), porém, ao aplicarem essas escalas em ambos os gêneros, mostraram que as mulheres pontuaram mais alto do que os homens, provavelmente em virtude das perguntas que as compõem, pois são mais relacionadas a preocupações femininas (Garner, 2010).

Em outra pesquisa, demonstrou-se que o desejo de emagrecer, para os homens, associou-se significativamente a imagens de atletas e esportistas (Fernandez e Pritchard, 2012).

Assim, o anseio por um corpo com definição muscular pode estar entre as principais causas de distúrbios alimentares nesse gênero (Carvalho e colaboradores, 2016; Fortes, Almeida, Ferreira, 2013; Fortes e colaboradores, 2015).

Embora o EDI-3 tenha sido adequadamente aplicado em ambos os gêneros nesse estudo com obesos, destaca-se a necessidade de desenvolver um instrumento específico para homens, capaz de avaliar, entre outros aspectos, as atitudes relacionadas a busca por um corpo musculoso (Alvarenga e colaboradores, 2013; Carvalho e colaboradores, 2016; Stanford e Lemberg, 2012).

Independente de gêneros, a origem desses problemas está na internalização de padrões corporais e na consequente insatisfação corporal, as quais conduzem para baixa autoestima, atitudes restritivas e hábitos alimentares não saudáveis (Fortes, Almeida, Ferreira, 2013; Fortes e colaboradores, 2015; Carvalho e colaboradores, 2016).

Em indivíduos obesos, pode também ser desencadeado pela necessidade de aceitação social (Nazar e colaboradores, 2016).

De modo geral, indivíduos com excesso de peso podem alcançar pontuações altas nas escalas desejo de emagrecer e insatisfação corporal, pois são um grupo suscetível às preocupações com o peso e a imagem corporal (Garner, 2010).

Bohrer, Forbush e Hunt (2015) corroboraram essa afirmação ao comparar escores médios obtidos nas escalas de risco entre pessoas com IMC adequado e IMC de obesidade. O grupo com pessoas obesas apresentou maiores pontuações nas escalas desejo de emagrecer ($8,70 \pm 6,55$) e bulimia ($4,97 \pm 4,49$) do que os indivíduos com IMC eutrófico.

Ressalta-se que entre as principais limitações do estudo estão a amostra restrita aos voluntários que participaram da pesquisa e o delineamento transversal. Durante a busca pelo referencial bibliográfico, não foram encontrados estudos sobre transtornos alimentares somente com obesos, o que dificultou a comparação entre os dados e resultados.

Ademais, os participantes foram avaliados através de um questionário validado

para adolescentes portugueses, pois não há validação publicada do EDI-3 no Brasil.

Não obstante, a relevância desta investigação se deve ao caráter inédito, pois realizou uma avaliação ampliada de sintomas característicos de transtornos alimentares, sem se limitar somente a verificação de atitudes de compulsão alimentar.

Soma-se o enfoque do estudo no comportamento alimentar de indivíduos obesos, o qual constitui um campo pouco explorado, mas de extrema importância na abordagem e tratamento dessa doença.

CONCLUSÃO

Neste estudo, o diagnóstico de risco elevado para transtornos alimentares esteve associado ao maior peso e altura e ao gênero masculino.

Os homens obesos apresentaram maior tendência a comportamentos de risco relacionados às percepções de suas formas corporais e às preocupações com a dieta e o peso, pois apresentaram escores superiores quando comparados às participantes do gênero feminino.

Porém, é importante destacar que ambos os gêneros se mostraram suscetíveis aos transtornos alimentares e, portanto, obesos podem ser uma população em risco para o desenvolvimento dessas doenças.

Diante do exposto, torna-se indispensável compreender se esses comportamentos estão relacionados à recuperação da qualidade de vida ou ao desejo de corresponder aos padrões estéticos socialmente impostos. Independente disso, as preocupações com a dieta e a autoimagem corporal alteram a relação do indivíduo com a alimentação e podem gerar grande impacto nutricional, pois suscitam sentimentos de incapacidade em adotar hábitos alimentares saudáveis e dificultam a adesão ao tratamento.

Assim, recomenda-se novas estratégias de educação alimentar e nutricional, de controle do peso e de abordagens psicológicas para esse grupo, com assistência de equipe multiprofissional.

Em termos de pesquisas, sugere-se a validação do Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) no Brasil, assim como o desenvolvimento de um instrumento específico para indivíduos com obesidade, além da realização de

estudos longitudinais, com amostras representativas, que incluam os possíveis fatores de risco envolvidos, de modo a contribuir no avanço da atenção a esses pacientes, promover e fortalecer políticas públicas de saúde, especialmente no campo da alimentação e nutrição.

REFERÊNCIAS

- 1-Alvarenga, M.S.; Carvalho, P.H.B.; Philippi, S.T.; Scagliusi, F.B. Propriedades psicométricas da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas para adultos do sexo masculino. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 62. Num 4. 2013. p. 253-260.
- 2-Berner, L.A.; Shaw, J.A.; Witt, A.A.; Lowe, M.R. The relation of weight suppression and body mass index to symptomatology and treatment response in anorexia nervosa. *J Abnorm Psychol*. August. Vol. 122. Num. 3. 2013. p. 694-708.
- 3-Bohrer, B.K.; Forbush, K.T.; Hunt, T.K. Are common measures of dietary restraint and disinhibited eating reliable and valid in obese persons? *Appetite*. Vol. 87. 2015. p. 344-351.
- 4-Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Manual de Antropometria. Rio de Janeiro. 2013.
- 5-Callugi, S.; Ruocco, A.; El Ghoch, M.; Andrea, C.; Geccherle, E.; Sartori, F.; Dalle Grave, R. Residential cognitive-behavioral weight-loss intervention for obesity with and without binge-eating disorder: a prospective case-control study with five-year follow-up. *International Journal Eating Disorder*. Vol. 49. 2016. p. 723-730.
- 6-Carvalho, P.H.B.; Oliveira, F.C.; Neves, C.M.; Meireles, J.F.F.; Lopes, V.G.V.; Ferreira, M.E.C. Busca pela "muscularidade" e variáveis associadas em adultos jovens. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol. 22. Num. 2. 2016. p. 118-121.
- 7-D'Emden, H.; Holden, L.; McDermott, B.; Harris, M.; Gibbons, K.; Giledhill, A.; Cotterill, A. Disturbed eating behaviours and thoughts in australian adolescents with type 1 diabetes. *Journal of paediatrics and child health*. Vol. 49. 2014. p. 317-323.
- 8-Fan, Y.; Li, Y.; Liu, A.; Hu, X.; Ma, G.; Xu, G. Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *BMC Public Health*. Vol. 10. 2010. p. 1-12.
- 9-Fernandez, S.; Pritchard, M. Relationships between self-esteem, media influence and drive for thinness. *Eating Behaviors*. Vol. 13. 2012. p. 321-325.
- 10-Fortes, L.S.; Almeida, S.S.; Ferreira, M.E.C. Insatisfação com a imagem corporal em modalidades esportivas do sexo masculino. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 62. Num. 2. 2013. p. 101-107.
- 11-Fortes, L.S.; Meireles, J.F.F.; Paes, S.T.; Dias, F.C.; Ciprian, F.M.; Ferreira, M.E.C. Associação da internalização dos padrões corporais, sintomas depressivos e comportamento alimentar restritivo em jovens do sexo masculino. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 20. Num. 11. 2015. p. 3457-3465.
- 12-Garner, D.M. Eating Disorder Inventory-3 Professional Manual. Psychological Assessment Resources. Inc., Flórida EUA, 2004. Adaptado por: Elosua P, López-Jáuregui A, Sánchez-Sánchez, F. Madri, Espanha, 2010.
- 13-Mensing, J.L.; Calogero, R.M.; Tylka T.L. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. *Appetite*. Vol. 102. 2016. p. 32-43.
- 14-Modesto, S.E.F.; Silva, M.M.; Santos, N.O.; Junior, A.B.G.; Lucia, M.C.S. Medo da maturidade no rastreamento de transtornos alimentares através do edi-3 numa população não-clínica. *Psicologia Hospitalar*. Vol. 8. Num. 1. 2010. p. 20-38.
- 15-Murakami, J.M.; Essayli, J.H.; Latner, J.D. The relative stigmatization of eating disorders and obesity in males and females. *Appetite*. Vol. 102. 2016. p. 77-82.

16-Nazar, B.P.; Pinna, C.M.S.; Suwwan, R.; Duchesne, M.; Freitas, S.R.; Sergeant, J.; Mattos, P. ADHD rate in obese women with binge eating and bulimic behaviors from a weight-loss clinic. *Journal of Attention Disorders*. Vol. 20. Num. 7. 2016. p. 610-616.

17-Organização Mundial da Saúde. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894). Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf>

18-Robbesson, J.G.; Kruger, H.S.; Wright, H.H. Disordered Eating Behavior, Body Image, and Energy Status of Female Student Dancers. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. Vol. 25. 2015. p. 344-352.

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

20-Tapadinhas, A.R. Comportamento Alimentar, Qualidade de Vida e Personalidade em Pessoas Obesas: Um Estudo na População Portuguesa. Tese de Doutorado. Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2009.

21-Wood, A.M.; Dygdon, J.A.; Conger, A.J. Eating disorders and sense of self: A learning theory conceptualization. *Eating Behaviors*. Vol. 17. 2015. p. 45-48.

Recebido para publicação em 18/07/2017
Aceito em 29/08/2017