

**Centro Universitário de Brasília – UNICEUB**  
**Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES**

**A pressão social para o alcance do corpo ideal na contribuição  
de transtornos alimentares em modelos do sexo feminino em  
Brasília no DF.**

**Ana Paula Silva de Mendonça**

**Orientador: Prof. Erika Blamires**

Brasília  
2016

## RESUMO

Nos últimos anos, a pressão da mídia e da sociedade para se ter um corpo idealizado vem acarretando cada vez mais a insatisfação das pessoas com o próprio corpo. Assim, problemas psicológicos e alimentares acometem principalmente as mulheres, favorecendo a procura por métodos inadequados e até invasivos para a obtenção do corpo ideal com resultados a curto tempo, tem sido uma procura desenfreada pelo público feminino. O objetivo da pesquisa foi investigar a existência de sinais de transtornos alimentares associados à procura do corpo ideal em jovens modelos do sexo feminino, do Distrito Federal. Foi realizado um estudo transversal, onde a coleta de dados se deu por meio de um questionário eletrônico, com ênfase para o tempo na profissão, sinais de compulsão alimentar, práticas de dietas e avaliação da imagem corporal. Foi percebido que a pressão social pelo o corpo 'ideal' sofrida na profissão de modelo pode trazer consequências para saúde, como ansiedade, baixo peso e sinais de compulsão alimentar que são sugestivos de transtornos alimentares. Frente a estes resultados, sugere-se que esse público seja acompanhado por uma equipe multiprofissional e que a sociedade repense seus valores e ideias de beleza como prevenção à saúde das jovens modelos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Compulsão, ansiedade, estética, alimentação.

## **ABSTRACT**

In recent years, the pressure of the media and society to have an idealized body comes causing the dissatisfaction of the people with his own body. Thus, psychological problems and eating disorders affect mainly women, favoring the search for inappropriate methods and even invasive to obtain the ideal body with short-time results, has been an unbridled demand for female audience. The objective of this research was to investigate the existence of eating disorders associated to search to ideal body in young female models, of the Distrito Federal. We conduct a cross-sectional study where data collection was through an electronic questionnaire, with emphasis on the time in the profession, signs of binge eating, dieting practices and evaluation of body image. It was understood that the social pressure suffered for the 'ideal' body in the profession can bring consequences to health, such as anxiety, low weight and signs og binge eating that suggestive of eating disorders. It is suggested that this public be accompanied by a multidisciplinary team and that society rethink their values and ideas of beauty to avoid further damage to the health of young models.

**KEYWORDS:** Compulsion, anxiety, aesthetics, power supply.

## 1. INTRODUÇÃO

Ao mesmo tempo em que as mulheres conseguiram destruir muitos obstáculos alcançando a liberdade e reconhecimento em termos profissionais e legais, acabaram se tornando escravas da beleza, juventude e magreza. Sendo assim, tornaram-se vítimas de distúrbios alimentares, da obsessão por cuidados com a aparência e com o corpo, além da obrigação de se ajustar ao padrão social de beleza estabelecido (FERREIRA, 2008).

Os meios de comunicação tendem a idealizar um tipo de corpo específico (magro) fazendo com que as pessoas que diferem de tais normas procurem métodos, nem sempre saudáveis, para alcançar o corpo ideal (CARDOSO; ZUBEN; SANTOS, 2014).

Com o tempo, a característica de um corpo saudável foi somada à prática por esportes, métodos de emagrecimento, entre outros, acrescentando este corpo nos padrões e modelos pré-estabelecidos socialmente (INFORSATO; FIORANTE, 2010), atingindo bem mais mulheres do que homens (LACERDA, 2007), sendo que essas mulheres segundo Andrade et al. (2006), têm maior probabilidade de ter sintomas de depressão e ansiedade do que os homens por causa do período reprodutivo.

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2013), os transtornos de ansiedade englobam perturbações com características de medo e ansiedade e transtornos comportamentais. A ansiedade é a precipitação de um perigo futuro, relacionada a tensão muscular e comportamentos de prevenção.

Segundo Araújo, Mello, Leite (2006), a ansiedade pode ser definida por um sintoma assim como uma patologia, envolvendo aspectos multifatoriais, de caráter cognitivo ou somático.

A depressão e a ansiedade atrapalham na alimentação e no desempenho dos exercícios físicos, contribuindo para o sedentarismo e para o ato de comer emocionalmente. Assim como esses transtornos podem ser induzidos por fatores de risco sociais e biológicos (ROFEY et al., 2009).

O consumo alimentar reduz a sensação de ansiedade ocasionando a compulsão alimentar (ALMEIDA et al., 2012). De acordo com o DSM-IV (2002), para

ser diagnosticado com ansiedade é necessário haver episódios de “crises” por no mínimo dois dias na semana e um período de seis meses.

Os transtornos alimentares são situações psiquiátricas que atingem na maioria dos casos, jovens do sexo feminino, podendo causar sérios danos biopsicossociais e alta mortalidade e morbidade (CARDOSO; ZUBEN; SANTOS, 2014).

O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado por comer uma quantidade exacerbada de alimentos deixando uma impressão de perda de controle sobre o comportamento alimentar em um certo tempo (HIGGINS et al., 2013). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), na quarta edição, algumas sintomatologias incluem: comer em um período de tempo uma grande quantidade de alimentos, mesmo sem fome; comer de forma rápida; se sentir mal, psicologicamente, após comer; tendo esse comportamento por um tempo de 6 meses, no mínimo duas vezes na semana (HIGGINS et al., 2013).

A anomalia comportamental delimitada como o consumo excessivo de alimento e o componente cognitivo/perceptual definido pela sensação de perda de controle, são dois elementos do transtorno de compulsão alimentar (POLLERT et al., 2013).

É imprescindível a ajuda de clínico geral, psiquiatra, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta e nutricionista para o tratamento da compulsão alimentar (CLAUDINO; ZANELLA, 2004).

Portanto, este estudo pretende investigar em modelos do sexo feminino problemas de ansiedade, distorção de imagem corporal e compulsão alimentar como consequência da pressão social pelo o “corpo ideal”, muito comum em seus ambientes de trabalho dos profissionais da moda.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo primário**

Investigar a presença de sinais de transtornos alimentares associados à procura do “corpo ideal” em jovens modelos do sexo feminino, Brasília - Distrito Federal.

### **2.2 Objetivos secundários**

- ✓ Avaliar o estado nutricional das modelos segundo o IMC;
- ✓ Identificar os referenciais de corpo ideal que essas modelos procuram alcançar/obter;
- ✓ Averiguar sinais de distorção de imagem corporal nas modelos;
- ✓ Identificar a prevalência de cobrança pelo “corpo ideal” exercida pelo ambiente profissional.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Sujeitos da Pesquisa**

30 jovens modelos profissionais do sexo feminino de Brasília-DF.

#### **3.2 Critérios de Inclusão**

Assentimento em participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

#### **3.3. Desenho do estudo**

Estudo analítico, do tipo transversal.

#### **3.4. Metodologia**

Trata-se de uma investigação de sinais de transtornos alimentares e de auto percepção da imagem corporal de jovens modelos, por meio da aplicação de um questionário *on-line*. Essa pesquisa foi desenhada para a realização de coleta de dados de forma virtual para evitar constrangimento do ato da resposta das participantes.

O questionário utilizado foi composto por 25 perguntas abertas e fechadas com os seguintes itens: tempo de profissão, altura (referido), peso (referido), avaliação da imagem corporal e verificação de satisfação corporal, presença de sinais de compulsão alimentar (Apêndice 1).

Para medir a percepção de imagem corporal - questões 3 e 4 - foi utilizada a escala de silhueta para adultos (KAKESHITA, 2008) e para medir a presença de sintomas de transtornos alimentares – questões 10 a 25 - foi utilizada a escala de compulsão alimentar periódica (FREITAS et al., 2001).

Antes do início da pesquisa foi realizado um pré-teste com aproximadamente 10 pessoas para avaliar a eficiência do questionário e identificar possíveis vieses que

causassem prejuízos nas respostas e no resultado da pesquisa, visto que este seria interpretado pelo próprio participante.

Para esta pesquisa e seleção da amostra foi realizada a divulgação por meio de redes sociais, através de sites de agências de modelos de Brasília-DF e o contato com as profissionais por meio do facebook. A coleta de dados ocorreu no período de 29 de maio a 09 de junho de 2016.

### 3.5. Análise de dados

A análise descritiva dos dados foi apresentada por meio de média e frequência simples das respostas.

Para avaliação da presença de distorção da imagem corporal, primeiramente foi realizada a avaliação do Índice de Massa corporal (IMC) das participantes a partir dos dados referidos de peso e altura. O IMC é um método quantitativo calculado através do peso (Kg) dividido pela altura (m) ao quadrado ( $P/A^2$ ) que foi desenvolvido por Adolphe Quetelet em 1832 e depois reavaliado por Ancel Keys em 1972, se tornando uma fórmula padrão para avaliação do perfil antropométrico-nutricional e ajudar a identificar o grau de desnutrição/obesidade ou adequação nutricional. De acordo com a World Health Organization, vários são os pontos de corte para classificação do estado nutricional de indivíduos adultos de 19 a 65 anos (Quadro 1).

**Quadro 1** – Pontos de corte e diagnóstico para classificar o estado nutricional em adultos

| <b>IMC</b>         | <b>DIAGNÓSTICO</b> |
|--------------------|--------------------|
| Menor de 16        | Magreza grave      |
| Entre 16 e 17      | Magreza moderada   |
| Entre 17 e 18,4    | Magreza leve       |
| Entre 18,5 e 24,9  | Peso normal        |
| Entre 25,0 e 29,9  | Sobrepeso          |
| Entre 30,0 e 34,9  | Obesidade grau I   |
| Entre 35,0 e 39,9  | Obesidade grau II  |
| Entre 40,0 e acima | Obesidade grau III |

Fonte: World Health Organization, 1997.

Com a avaliação finalizada procedeu-se à comparação do IMC calculado com a faixa de IMC referente à imagem da escala de silhuetas escolhida por cada participante, sendo considerada a distorção da imagem corporal toda vez que a

participante indicasse uma figura que não correspondesse ao seu IMC atual (Quadro 2).

Para a avaliação das perguntas referentes à Escala de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, utilizou-se o protocolo de avaliação do mesmo, atribuindo-se notas a cada resposta (Quadro 3) e classificando-se o somatório dos valores em escores: menor ou igual a 17 = sem compulsão alimentar periódica; entre 18 a 26 = com compulsão alimentar periódica moderada; e maior ou igual a 27 com compulsão alimentar periódica grave.

**Quadro 2 – IMC médio, intervalos de IMC e pesos correspondentes atribuídos a cada figura para adaptação da Escala de Silhuetas para adultos**

| Figura | IMC Médio (Kg/m <sup>2</sup> ) | Intervalo de IMC (Kg/m <sup>2</sup> ) |        | Peso médio correspondente (Kg) |           |
|--------|--------------------------------|---------------------------------------|--------|--------------------------------|-----------|
|        |                                | Mínimo                                | Máximo | Feminino                       | Masculino |
| 1      | 12,5                           | 11,25                                 | 13,74  | 34,03                          | 36,98     |
| 2      | 15,0                           | 13,75                                 | 16,24  | 40,84                          | 44,38     |
| 3      | 17,5                           | 16,25                                 | 18,74  | 47,64                          | 51,77     |
| 4      | 20,0                           | 18,75                                 | 21,24  | 54,45                          | 59,17     |
| 5      | 22,5                           | 21,25                                 | 23,74  | 61,26                          | 66,56     |
| 6      | 25,0                           | 23,75                                 | 26,24  | 68,06                          | 73,96     |
| 7      | 27,5                           | 26,25                                 | 28,74  | 74,87                          | 81,36     |
| 8      | 30,0                           | 28,75                                 | 31,24  | 81,67                          | 88,75     |
| 9      | 32,5                           | 31,25                                 | 33,74  | 88,48                          | 96,15     |
| 10     | 35,0                           | 33,75                                 | 36,24  | 95,29                          | 103,54    |
| 11     | 37,5                           | 36,25                                 | 38,74  | 102,09                         | 110,94    |
| 12     | 40,0                           | 38,75                                 | 41,24  | 108,90                         | 118,34    |
| 13     | 42,5                           | 41,25                                 | 43,74  | 115,71                         | 125,73    |
| 14     | 45,0                           | 43,75                                 | 46,24  | 122,51                         | 133,13    |
| 15     | 47,5                           | 46,25                                 | 48,75  | 129,32                         | 14,52     |

Fonte: KAKESHITA, 2008.

**Quadro 3 – Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.**

|    |       |       |       |       |
|----|-------|-------|-------|-------|
| #1 | 1 = 0 | 2 = 0 | 3 = 1 | 4 = 3 |
| #2 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #3 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 3 | 4 = 3 |
| #4 | 1 = 0 | 2 = 0 | 3 = 0 | 4 = 2 |
| #5 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |

|     |       |       |       |       |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| #6  | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 3 | -     |
| #7  | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 3 | 4 = 3 |
| #8  | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #9  | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #10 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #11 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #12 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #13 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #14 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #15 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | 4 = 3 |
| #16 | 1 = 0 | 2 = 1 | 3 = 2 | -     |

Fonte: FREITAS, 2001.

### 3.6. Aspectos éticos

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi aprovada pelo do Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo 54305616.5.0000.0023.

#### 4. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 30 mulheres, do sexo feminino, que exercem a profissão de modelo, em média, há 8 anos e 9 meses, sendo que a maioria (53,3%) se encontra classificada com algum grau de magreza, apresentando IMC médio de 18,69 Kg/m<sup>2</sup> (16,22 – 23,62) e se consideraram uma pessoa ansiosa (64%).

Quanto a satisfação da imagem corporal, observou-se que 60% (n=18) encontra-se com algum grau de insatisfação e 53% (n=16) manifestaram o desejo de emagrecer (Gráfico 1). Em relação a distorção de imagem (Gráfico 2), verificou-se que 73% (n=22) apresentaram algum grau de distorção, dos quais 22% (n=5) se auto avaliaram com um peso superior ao real (Tabela 1).

Sobre a pressão da profissão (Gráfico 3), 80% (n=24) das participantes relataram sofrer algum tipo de pressão para manter-se com o corpo magro, sendo que 48% (n=29) referiram estar acostumadas com essa pressão e 42% (n=25) se sentem insatisfeitas com isso (Gráfico 4). No que se refere às práticas alimentares, 34% (n=10) costumam se submeter a dietas muito restritivas (Gráfico 5), porém 70% (n=21) destas manifestaram preocupação com a saúde quando realizam esse tipo de dieta (tabela 2).

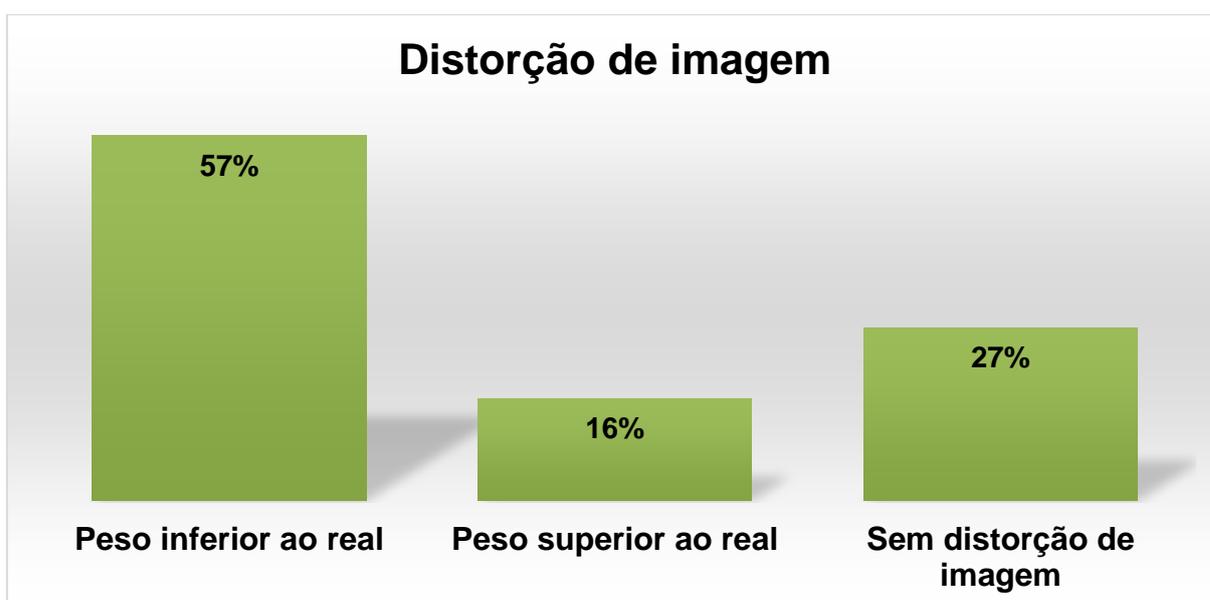
Quanto ao comportamento alimentar, foi observado que 53% (n=16) foram classificadas com algum grau de compulsão alimentar periódica, sendo 20% (n=6) com sinais de compulsão alimentar periódica grave, 33% (n=10) de compulsão alimentar periódica moderada e 47% (n=14) sem sinais de compulsão alimentar periódica (Gráfico 6).

**Gráfico 1:** Percentual da satisfação da imagem corporal de modelos femininas, Brasília, DF, 2016.



Fonte: a autora.

**Gráfico 2:** Percentual da distorção de imagem de modelos femininas, Brasília, DF, 2016.

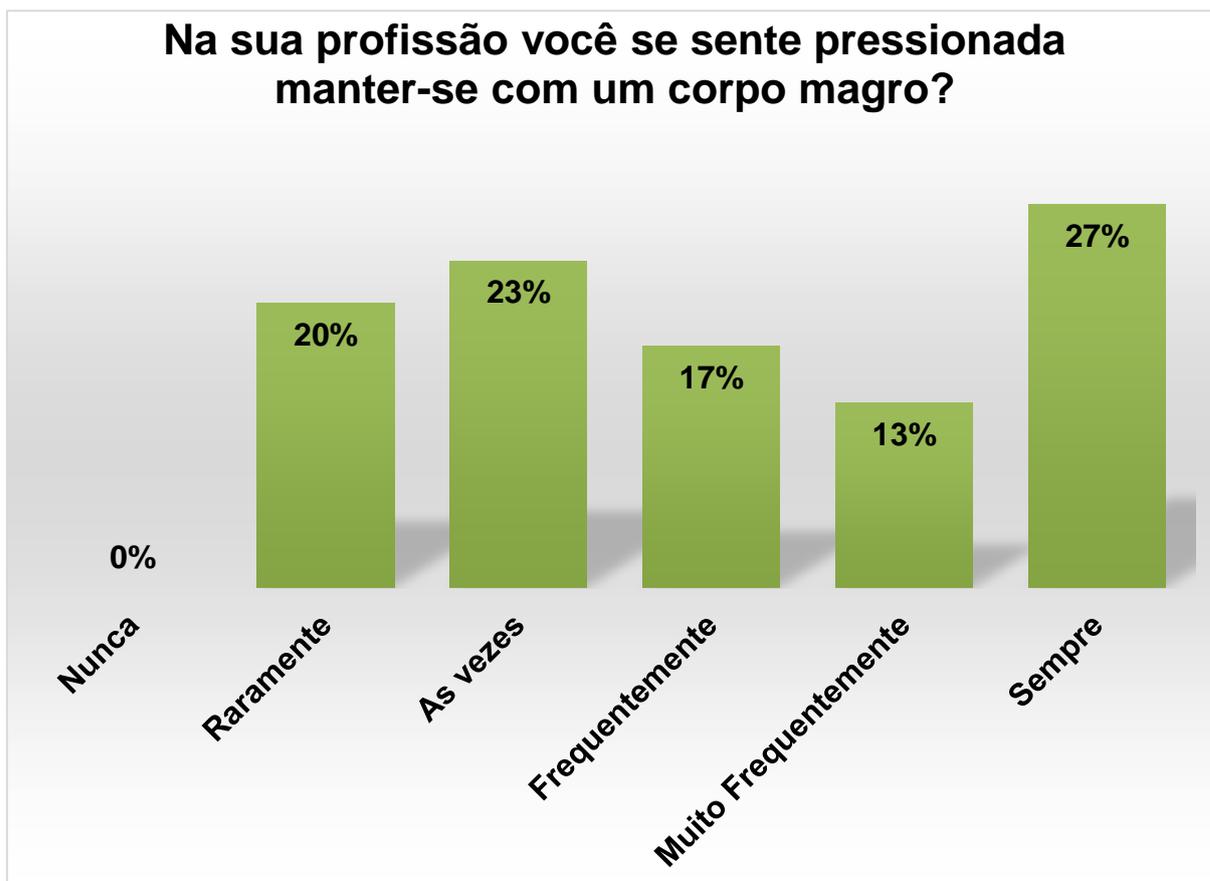


Fonte: a autora.

**Tabela 1** – Avaliação de distorção e satisfação da imagem corporal em modelos femininas, Brasília, DF, 2016.

| <b>IMC Referido</b> | <b>IMC Percebido</b> | <b>Distorção de imagem</b> | <b>Desejo de mudança em relação ao corpo</b> |
|---------------------|----------------------|----------------------------|--|
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Magreza moderada    | Magreza moderada     | Não                        | Perda ponderal                               |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Magreza leve        | Magreza leve         | Não                        | Perda ponderal                               |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Magreza leve        | Magreza leve         | Não                        | Perda ponderal                               |
| Magreza leve        | Sobrepeso            | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Magreza moderada    | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Magreza leve        | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Eutrófico           | Sobrepeso            | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Magreza leve        | Eutrófico            | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Magreza leve        | Magreza leve         | Não                        | Manutenção de peso                           |
| Eutrófico           | Sobrepeso            | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Magreza leve        | Magreza grave        | Sim                        | Ganho de peso                                |
| Magreza leve        | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Eutrófico           | Eutrófico            | Não                        | Perda ponderal                               |
| Magreza leve        | Magreza grave        | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Magreza leve        | Magreza grave        | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Eutrófico           | Magreza moderada     | Sim                        | Ganho de peso                                |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Magreza leve        | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Perda ponderal                               |
| Magreza moderada    | Magreza moderada     | Não                        | Perda ponderal                               |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Magreza leve        | Magreza leve         | Não                        | Perda ponderal                               |
| Eutrófico           | Magreza grave        | Sim                        | Manutenção de peso                           |
| Magreza leve        | Magreza leve         | Não                        | Perda ponderal                               |
| Magreza moderada    | Eutrófico            | Sim                        | Perda ponderal                               |

**Gráfico 3:** Percentual do número de modelos femininas que relataram sofrer algum tipo de pressão para manter-se com o corpo magro, Brasília, DF, 2016.



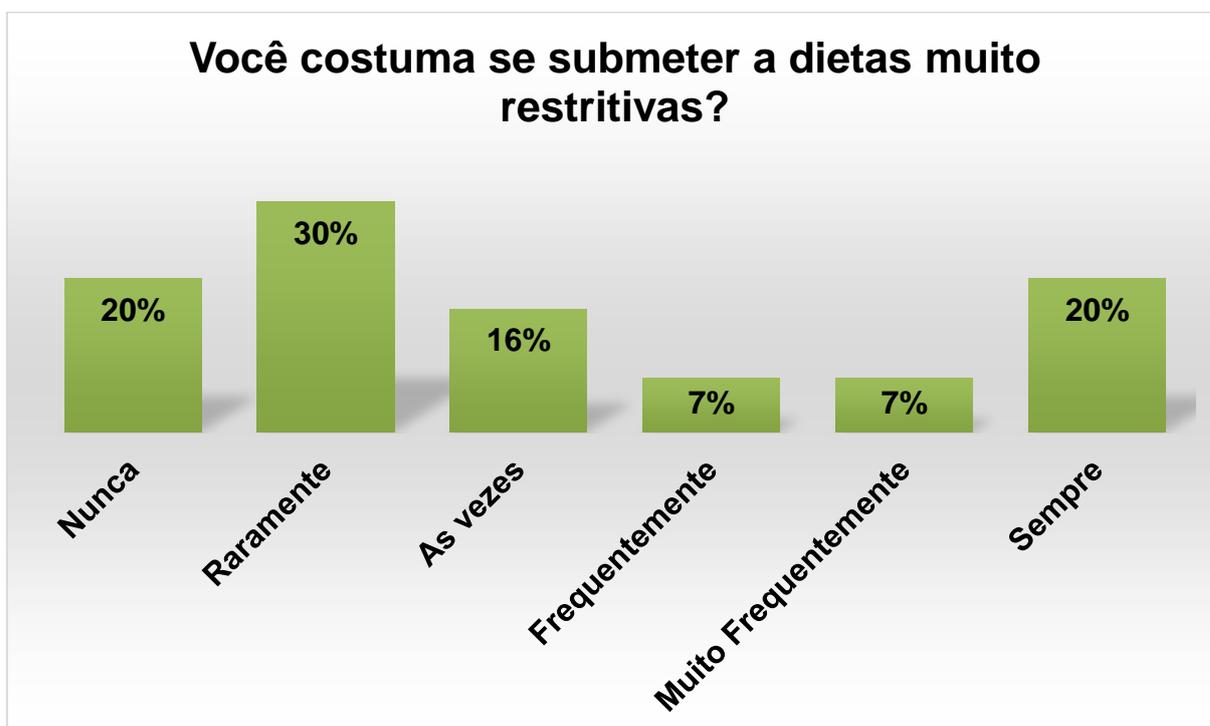
Fonte: a autora.

**Gráfico 4:** Percentual do número de modelos femininas que se sentem de tal maneira com a pressão exercida pela profissão, Brasília, DF, 2016.



Fonte: a autora.

**Gráfico 5:** Percentual do número de modelos femininas que costumam se submeter a dietas muito restritivas, Brasília, DF, 2016.



Fonte: a autora.

**Gráfico 8:** Percentual do número de modelos que se preocupam com a saúde quando fazem dietas restritivas, Brasília, DF, 2016.



**Fonte:** a autora.

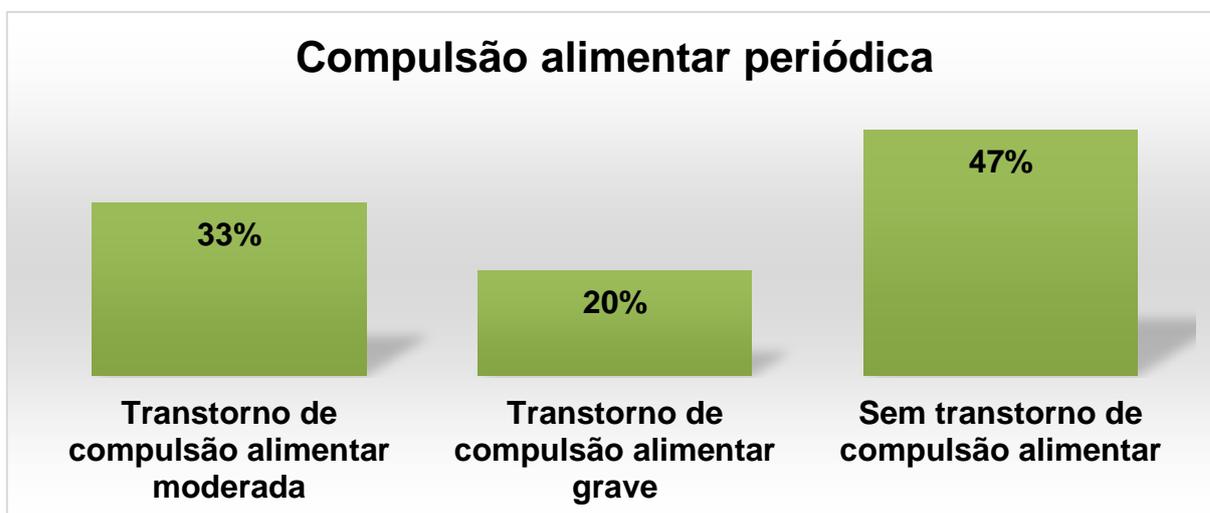
**Tabela 2** – Prevalência de pressão profissional pelo o corpo ideal, Brasília, DF, 2016.

| Pergunta   | n (%)   |
|--|---------|
| Na sua profissão você se sente pressionada manter-se com um corpo magro? |         |
| Nunca  | 0 (0)   |
| Raramente  | 6 (20)  |
| Às vezes   | 7 (23)  |
| Frequentemente   | 5 (17)  |
| Muito frequentemente   | 4 (13)  |
| Sempre   | 8 (27)  |
| Em caso afirmativo, como você se sente com essa pressão?                 |         |
| Satisfeito   | 6 (10)  |
| Acostumado   | 29 (48) |
| Insatisfeito   | 25 (42) |
| Você costuma se submeter a dietas muito restritivas?                     |         |
| Nunca  | 6 (20)  |
| Raramente  | 9 (30)  |
| Às vezes   | 5 (16)  |
| Frequentemente   | 2 (7)   |
| Muito frequentemente   | 2 (7)   |
| Sempre   | 6 (20)  |
| Você se preocupa com sua saúde quando faz essas dietas?                  |         |
| Nunca  | 5 (17)  |
| Raramente  | 1 (3)   |
| Às vezes   | 3 (10)  |
| Frequentemente   | 2 (7)   |

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Muito frequentemente                  | 1 (3)   |
| Sempre                                | 18 (60) |
| Você se considera uma pessoa ansiosa? |         |
| Nunca                                 | 0 (0)   |
| Raramente                             | 7 (23)  |
| Às vezes                              | 4 (13)  |
| Frequentemente                        | 6 (20)  |
| Muito frequentemente                  | 1 (4)   |
| Sempre                                | 12 (40) |

---

**Gráfico 9:** Percentual do número de modelos femininas em relação a classificação de compulsão alimentar periódica, Brasília, DF, 2016.



Fonte: a autora.

## 5. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, notou-se que a pressão causada pela profissão para manter-se com um corpo magro é marcante, e talvez por isso algumas acabam optando por dietas restritivas para alcançar o peso julgado como 'ideal' pela profissão, mesmo se tratando de uma amostra que não apresentou nenhuma avaliação antropométrica de excesso de peso. Pelo contrário, o estudo revelou 53,3% das jovens com IMC abaixo dos valores normais para a faixa etária.

Rodrigues et al. (2009), através de um estudo comparativo entre jovens modelos e não modelos, verificou que 24% das jovens modelos apresentaram IMC abaixo dos valores ideais para a idade e observou que a ingestão média de energia entre as modelos (1480,93kcal/dia) foi inferior em relação às não modelos (1973,00kcal/dia).

O IMC abaixo da eutrofia pode causar vários impactos para a saúde, tais como, fraqueza, involução das microvilosidades intestinais causando má absorção dos alimentos, deficiência no sistema imunológico ocasionando um maior risco para

infecção, alteração na glicemia, impacto no desenvolvimento cognitivo prejudicando no aprendizado e problemas na cicatrização (SAMAYA, 2006).

Segundo a OMS/WHO (1946), por saúde entende-se um completo bem-estar físico, mental e social. O tempo médio relatado de exercício na profissão foi de 8 anos e 9 meses o que gera reflexão da dimensão dos prejuízos para saúde e qualidade de vida. Pode-se interferir que manter-se por tempo extenso nessa carreira pode trazer para este público.

De acordo com Schmitt (2013), a busca incessante do “corpo perfeito”, acaba gerando sofrimento aos sujeitos, que por não conseguirem esse corpo acabam tendo dificultada suas relações com os outros, pois por não estar dentro dos padrões estéticos perfeitos, acabam assim tendo problemas para manter uma vida social saudável. A sociedade cobra muito e com isso gera uma exclusão social muito grande e preocupante.

Um outro achado que reforça o sofrimento psíquico das participantes foi a auto avaliação de ansiedade. Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), as mulheres têm maior probabilidade de ter sintomas de depressão e ansiedade do que os homens por causa do período reprodutivo. Porém, essa ansiedade e insatisfação com o corpo também pode estar relacionada com a pressão do trabalho que elas relataram sofrer.

No mundo que vivenciamos hoje, a mídia influencia diretamente na busca por um corpo perfeito visto como magro, causando uma pressão social pelo corpo considerado padrão e fazendo com que as pessoas procurem progressivamente alcança-los. O corpo passou a ter um papel de destaque na sociedade, sendo usado com um objeto de autoafirmação. Aumentou-se a exigência em cima desse corpo muito grande, de beleza, de perfeição, ele tem que incitar a satisfação de quem o vê, passa a ser “um corpo construído e não um corpo normal” (SHCMITT, 2013).

Além do mais, uma parte das integrantes (23,3%) apresentou distorção de imagem corporal, sendo que 16% se viram com o peso maior do que real, uma vez que este dado seja preocupante.

Em conformidade com os resultados obtidos por Kakeshita (2008), a insatisfação com a imagem corporal está presente em adultos e crianças de modo

geral, e os resultados corroboram para a pressão que rotulam os modelos corporais impostos pela sociedade ocidental contemporânea, associados à beleza e ao sucesso profissional e pessoal, mas inatingível para a maioria.

Surge ainda o questionamento de quais impactos comportamentais podem ser desencadeados com manutenção desse quadro. 53% das modelos estudadas apresentaram sintomas sugestivos de algum grau de compulsão alimentar, que provavelmente se relacionam com a ansiedade e insatisfação com o corpo revelados.

De acordo com Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) por motivo de grande pressão social e cultural em ter que seguir um padrão corporal magro, as mulheres exibem com uma frequência maior comportamentos alimentares inapropriados. Ou seja, as mulheres acabam descontando na alimentação de forma inadequada o constrangimento e cansaço causados pela pressão social e do caso desta pesquisa, da profissão.

Estudo realizado no Brasil, avaliando a presença de compulsão alimentar em jovens mulheres universitárias verificou que 18,1% das estudantes avaliadas da pesquisa apresentavam compulsão alimentar periódica e constatou uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre as variáveis IMC e Circunferência Abdominal (CA), já que 54,5% das universitárias com excesso de peso ou obesidade apresentaram CA elevado, enquanto o mesmo só ocorreu para 13,4% daquelas com IMC menor que 25 kg/m<sup>2</sup> (VITOLLO; BORTOLINI; HORTA, 2006).

É importante ressaltar que as consequências encontradas neste estudo - distorção de imagem, ansiedade, compulsão alimentar - podem causar prejuízos ainda maiores na saúde dessas mulheres, como anorexia nervosa e bulimia nervosa, que são transtornos alimentares associados com transtornos psicológicos, em que o indivíduo tem um distúrbio na percepção do formato corporal e procura técnicas indevidas para evitar o ganho de peso. No caso da anorexia nervosa, são comuns o jejum prolongado e a baixa ingestão de alimentos, já a bulimia nervosa é marcada pela perda de controle na ingestão de alimentos (compulsão alimentar) e a procura de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, como uso de medicamento e indução de vômitos. A baixa estima, sentimentos de

inadequação e a falta de controle são fatores psicológicos associados com quadros de ansiedade que podem causar esses distúrbios (CAMPOS; HAACK, 2012).

De acordo com Morgana, Vecchiattia e Negrão (2002), existem fatores fisiológicos, psicológicos, interpessoais e culturais relacionados ao transtorno. Destes, os fatores *fisiológicos*, há privação alimentar favorecendo os episódios de compulsão alimentar e episódios de compulsão alimentar interferindo no metabolismo da glicose e insulina; os *psicológicos* a privação alimentar desencadeando pensamentos obsessivos sobre comida e a maior necessidade de controle; e os *culturais* nos quais a magreza é vista como símbolo do sucesso.

Como este público alvo com elevada prevalência de sinais sugestivos para transtornos alimentares se encontra em estado de fragilidade emocional e em risco nutricional, recomenda-se o tratamento por meio de uma equipe multidisciplinar com profissionais capacitados composta por psiquiatra, psicólogo, nutricionista e farmacêutico para acelerar a recuperação e garantir a retomada da qualidade de vida desses pacientes.

É nítido também a necessidade de um repensar da sociedade sobre os seus ideais e padrões de beleza. Foi observado um verdadeiro “massacre” dessas modelos para alcançar um padrão de beleza imposto pela mídia, as cobranças que elas têm feito a si mesmas para atingir o tal padrão, tem lhes prejudicado em todos os sentidos, tanto psicológicos como físicos. É preciso estudar uma nova maneira de se comunicar e se conectar com o mundo em que elas vivem, recriando assim eles para que se possa entender a realidade delas e dessa maneira, poder tomar iniciativas para promover a qualidade de vida.

## **6. CONCLUSÃO**

Através deste estudo, observou-se que pressão profissional em relação ao corpo ideal traz muitas consequências, principalmente para as jovens mulheres modelos. É importante ressaltar que as consequências/sintomas revelados neste estudo (distorção de imagem, ansiedade, compulsão alimentar) podem causar prejuízos ainda maiores na saúde dessas mulheres, como o desenvolvimento de anorexia nervosa e bulimia nervosa, por exemplo. E, portanto, recomenda-se por meio desta pesquisa que estas modelos sejam encaminhadas aos cuidados de uma equipe multiprofissional o quanto antes para evitar um maior dano à saúde destas mulheres.

Faz-se necessário o estabelecimento de um repensar da sociedade sobre os seus ideais e padrões de beleza do universo feminino em busca da promoção e não do comprometimento da saúde.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C.N., FILHO, R.C. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia, **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 7, n. 1, p. 153-165, 2005.

ALMEIDA, S.G. A influência da imagem corporal como causa de transtornos alimentares em adolescentes escolares de uma escola da rede particular de Brasília, **Ensaio e ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v.16, b. 6, p. 104-117, 2012.

ALMEIDA, S.S., ZANATTA, D.P., REZENDE, F.F. Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica. **Estudos de Psicologia**. v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition. Washington, DC: **American Psychiatric Association**, p. 729–731, 1994.

ANDRADE, L.H.S.G., VIANA, M.C., SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Psiquiatria Clínica**. São Paulo, 2006.

APPOLINÁRIO, J.C., CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares, **Rev Bras Psiquiatr**, v.22, supl II, p. 28-31, 2000.

ARAÚJO, S.R.C., MELLO, M.T., LEITE, J.R., Transtornos de ansiedade e exercício físico, **Rev Bras Psiquiatr**. v. 29, n. 2, p. 164-71, 2007.

BERNARDI, F., CICHELERO, C., VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 18, n. 1, p. 85-93, 2005.

BITTENCOURT, S.A., SANTOS, P.L., MORAES, J.F.D., OLIVEIRA, M.S. Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 34, n. 2, p. 87-92, 2012.

BLACK D.W., GOLDSTEIN, R.B., MASON, E.E. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. **Am J Psychiatry**. v. 149, p. 227-34, 1992.

BLACK, A.E., PRENTICE, A.M., GOLDBERG, G.R., JEBB, S.S., BINGHAM, S.A., LIVINGSTONE, M.B. Measurements of total energy expenditure provide insights in to the validity of dietary measurements of energy intake. **J Am Diet Assoc**. v. 93, p. 572-9, 1993.

BORGES, M.B.F., JORGE, M.R. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. **Psiqu. Prat. Med.**, v. 33, n. 4, p. 113-8, 2000.

BOSI, M,L.M., OLIVEIRA, F.P. Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo, **Rev Bras Psiquiatr**, v.26, n.1, p. 32-4, 2004.

BRUMPTON, B., LANGHAMMER, A., ROMUNDSTAD, P., CHEN, Y., MAI, X-M. The associations of anxiety and depression symptoms with weight change and incident obesity: The HUNT Study. **International Journal of Obesity**. v. 37, p. 1268–1274, 2013.

CAMPOS, J.G.S.C., HAACK, A. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso, **Com. Ciências Saúde**, v.23, n.3, p. 253-262, 2012.

CAPITÃO, C. G., TELLO, R. R. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 2, 2004.

CARDOSO, E.A.O., ZUBEN, B.V., SANTOS, M.A. Quality of life of patients with anorexia and bulimia nervosa. **Demetra**, v. 9, n.1, p. 329-340, 2014.

CIMOLIN, V., GALLI, M., VISMARA, L., VIMERCATI, S.L., PRECILIOS, H., CATTANI, L., SOUZA, S.F., PETRONI, M.L., CAPODAGLIO, P. Gait analysis in anorexia and bulimia nervosa , **J Appl Biomater Funct Mater**, v. 11, n. 2, p. 122 – 128, 2013.

CLAUDINO, A.D.M., ZANELLA, M.T. Transtornos Alimentares e Obesidade. São Paulo. **Manole**, 2004.

CONTE, F.A., FRANZ, L.B.B., WEBER, I.T.S., STEINMETZ, S.B., BUSS, V., MANENTI, M. A COMPULSÃO ALIMENTAR NO CLIMATÉRIO: UM ARTIGO DE REVISÃO. Relatório técnico-científico **Salão do conhecimento**. Inijuí. 2013.

DOBROW, I.J., KAMENETZ, C., DEVLIN, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24, n. 3, p. 63-67, 2002.

FABRICATORE, A.N., WADDEN, T.A. Treatment of obesity. **Clinical Diabetes**. v. 21, n. 2, p. 67-72, 2003.

FERREIRA, F.R. The production of meanings regarding body image. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.26, p.471-83, jul./set. 2008.

FLAHERTY, D., JANICAK, P.G. Psiquiatria, diagnóstico e tratamento. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1995.

FREITAS, S., LOPES, C.S., COUTINHO, W., APPOLINARIO, J.C., Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica, **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, n.4, p. 215-20, 2001.

GOLDFEIN, J.A., WALSH, B.T., LACHAUSSEE, J.L., KISSILEFF, H.R., DEVLIN, M.J. Eating behavior in binge eating disorder. **Int J Eat Dis**. v. 14, p. 427-31, 1993.

GOLDSMITH, S.J., ANGER-FRIEDFELD, K., BEREN, S., BOECK, M., ARONNE, L. Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. **Int J Eat Dis**. v. 12, p. 63-71, 1992.

GONÇALVES, T.D., BARBOSA, M.P., ROSA, L.C.L., RODRIGUES, A.M. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários, **J Bras Psiquiatr.**, v.57, n.3, p. 166-170, 2008.

GOODRICK, G.K., FOREYT, J.P. Why treatments for obesity don't last. **J Am Diet Assoc**. v. 91, n.10, p.1243-7, 1991.

HESS, A.H. Taste: The neglected nutritional factor. **JAm Diet Assoc.**, v. 97, n. 10, p. 205S-07S, 1997.

HIGGINS, D.M., DORFLINGER, L., MACGREGOR, K.L., HEAPY, A.A., GOULET, J.L., RUSER, C. Binge Eating Behavior Among a National Sample of Overweight and Obese Veterans. **Obesity**, v. 21, n. 5, 2013.

INFORSATO, C.F., FIORANTE, F.B. Corporeidade: por uma abordagem humanizadora do corpo em busca da existencialidade. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 9, n. 2, p. 135-144, 2010.

KAKESHITA, I.S. Adaptação de validação de escalas de silhuetas para crianças e adultos brasileiros. Ribeirão Preto, 2008.

KALMAN D., CASCARANO, H., KRIEGER, D.R., INCLEDON, T., WOOLSEY, M. Frequency of binge eating disorder in an outpatient weight loss clinic. **J Am Diet Assoc.** v. 102, n. 5, p. 697-9, 2002.

KAYE, W.H., BULIK, C.M., THORNTON, L., BARBARICH, N., MASTERS, K. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. **Am J Psychiatry**, v. 161, n. 12, December, 2004.

LACERDA, T.O., Uma aproximação estética ao corpo desportivo, **Rev Port Cien Desp.** v. 7, n. 3, p. 393–398, 2007.

LUDWIG, M.W.B., BORTOLON, C., FEOLI, A.M., MACAGNAN, F.E., OLIVEIRA, M.S. Ansiedade, depressão e estresse em pacientes com síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia.** Rio de Janeiro. v. 64, n. 1, p. 31-46, 2012.

LUIZ, A.M.A.G., GORAYEB, R., JÚNIOR, R.D.R.L., DOMINGOS, N.A.M. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. **Estudos de Psicologia.** v. 10, n. 3, p. 371-375, 2005.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, **American psychiatric association**, 5ª edição, 2013.

MARQUES, A.P., PECCIN, M.S., Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 11, n. 1, 2005.

MATOS, M.I.R., ARANHA, L.S., FARIA, A.N., FERREIRA, S.R.G., BACALTCHUCK, J., ZANELLA, M.T. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v. 24, n. 4, p. 165-169, 2002.

MORGANA, C.M., VECCHIATTIA, I.R., NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e culturais, **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, supl III, p. 18-23, 2002.

NETTO, C.A. Psicobiologia do comportamento alimentar. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim AL, Coutinho W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: **Artes Médicas**, p.197-202, 1998.

PETERSON, R.E., LATENDRESSE, S.J., BARTHOLOME, L.T., WARREN, C.S., RAYMOND, N.C. Binge Eating Disorder Mediates Links between Symptoms of Depression, Anxiety, and Caloric Intake in Overweight and Obese Women. Hindawi Publishing Corporation **Journal of Obesity**, 2012.

POLLERT, G.A., ENGEL, S.G., GREGORY, D.N.S., CROSBY, R.D., CAO, L., WONDERLICH, S.A., KRAFF, M.T., MITCHELL, J.E. The Role of Eating and Emotion in Binge Eating Disorder and Loss of Control Eating. **International Journal of Eating Disorders**. v. 46, n. 3, p. 233–238, 2013.

RODRIGUES, M.R., CINTRA, I.P., SANTOS, L.C., MELLO, M.T., TUFIK, S., FISBERG, M. Composição corporal, gasto energético e ingestão alimentar em modelos brasileiras, **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v.11, n.1, p. 1-7, 2009.

ROFEY, D.L., KOLKO, R.P., IOSIF, A.M., SILK, J.S., BOST, J.E., FENG, W., SZIGETHY, E.M., NOLL, R.B., RYAN, N.D., DAHL, R.E. A Longitudinal Study of Childhood Depression and Anxiety in Relation to Weight Gain. **Child Psychiatry Hum Dev**. v. 40, p. 517–526, 2009.

SAIKALI, C.J., SOUBHIA, C.S., SCALFARO, B.M., CORDÁS, T.A. Imagem corporal nos transtornos alimentares, **Rev. Psiq. Clin.**, v.31, n.4, p. 164-166, 2004.

SIMON, R., KORFF, M., SAUDERS, K., MIGLIORETTI, D.L., CRANE, P.K., BELLE, G.V., KESSLER, R.C. Association between obesity and psychiatry disorders in the US adult population. **Archives General Psychiatry**. v. 63, n. 7, p. 824-830, 2006.

SPITZER, R.L., YANOVSKI, S., WADDEN, T., WING, R., MARCUS, M.D., STUNKARD, A. J. Binge eating disorder: A multisite field trial for the diagnostic criteria. **Int J Eat Disord**. v. 13, n. 2, p. 137-53, 1993.

TANOFSKY, K.M., THEIM K.R., YANOVSKI, S.Z., BASSETT, A.M., BURNS N.P., RANZENHOFER, L.M., GLASOFER, D.R., YANOVSKI, J.A. Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). **Int J Eat Disord**. v. 40, p. 232–240, 2007.

TOMAZ, R., ZANINI, D.S. Personalidade e Coping em Pacientes com Transtornos Alimentares e Obesidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 22, n. 3, p. 447-454, 2009.

VASQUES, F., MARTINS, F.C., AZEVEDO, A.P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Rev. Psiq. Clin.** v. 31, n. 4, p. 195-198, 2004.

VITTOLO, M.R., BORTOLINI, G.A., HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Rev Psiquiatr**, v. 28, n. 1, p. 20-26, jan/abr, 2006.

WADDEN T.A., STUNKARD, A.J. Psychosocial consequences of obesity and dieting: research and clinical findings. In: Stunkard AJ, Wadden TA, editors. *Obesity: theory and therapy*. **New York: Raven Press**. 2nd ed., p. 163-77, 1993.

WINSTANLEY, S., DIVES, L. Effects on Mood of a Bogus Weight Gain. *European Eating Disorders Review* **Eur. Eat. Disorders Rev**. v. 13, p. 424–426, 2005.

World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1997.

### **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que vai investigar práticas alimentares das jovens modelos de Brasília - Distrito Federal. Para tal, você precisará apenas responder o questionário abaixo não havendo nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo. Sua participação é voluntária. Os dados coletados serão manuseados somente pelos pesquisadores que garantem sigilo e confidencialidade, pois não há no questionário um campo para identificação. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (54305616.5.0000.0023).

( ) Eu aceito participar desta pesquisa

**APÊNDICE 1 – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**  
**Questionário online**

1) Você é modelo profissional?

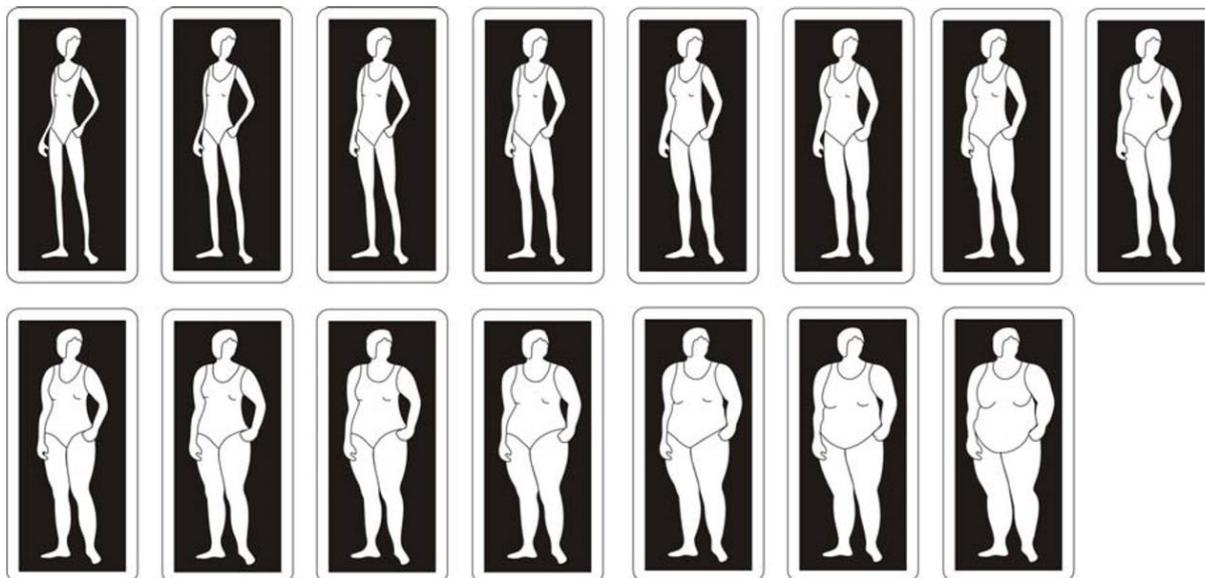
Sim ( )                  Não ( )

2) Há quanto tempo você é modelo profissional? \_\_\_\_\_

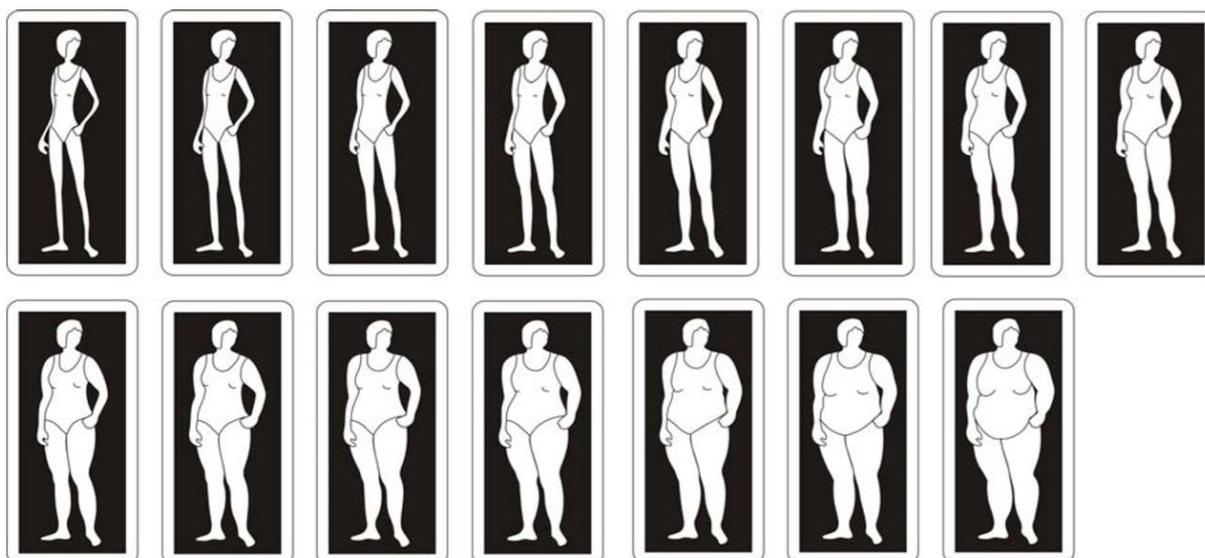
**Peso (Kg):** \_\_\_\_\_

**Altura (m):** \_\_\_\_\_

3) Qual das imagens abaixo mais representa seu corpo?



4) Qual das imagens abaixo representa o corpo que almeja alcançar? (Se você está satisfeita com sua imagem corporal marque a mesma da questão anterior.)



5) Na sua profissão você se sente pressionada manter-se com um corpo magro?

- Nunca                       Às vezes                       Muito frequentemente  
 Raramente                       Frequentemente                       Sempre

6) Em caso afirmativo, como você se sente com essa pressão? (Marcar mais de uma)

- Angustiada                       estressada                       feliz                       triste                       com ódio                        
 nervosa  
 acostumada                       Ansiosa                       tranquila                       normal                       satisfeita

insatisfeita       chorosa

**7) Você costuma se submeter a dietas muito restritivas?**

Nunca                       Às vezes                       Muito frequentemente

Raramente                 Frequentemente             Sempre

**8) Você se preocupa com sua saúde quando faz essas dietas?**

Nunca                       Às vezes                       Muito frequentemente

Raramente                 Frequentemente             Sempre

**9) Você se considera uma pessoa ansiosa?**

Nunca                       Às vezes                       Muito frequentemente

Raramente                 Frequentemente             Sempre

**10)**

Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.

Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.

Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.

Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

**11)**

Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.

Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.

Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.

Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

**12)**

Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).

Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

() Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.

() Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

**13)**

() Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.

() De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.

() Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.

() Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

**14)**

() Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

() Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

**15)**

() Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.

() Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.

() Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.

() Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

**16)**

() Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.

() Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).

() Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.

() Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

**17)**

() Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.

() Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.

() Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.

() Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

**18)**

() Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.

() De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.

() Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.

() Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

**19)**

- ( ) Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- ( ) Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- ( ) Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- ( ) Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

**20)**

- ( ) Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- ( ) Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- ( ) Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- ( ) Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

**21)**

- ( ) Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- ( ) Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
- ( ) Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- ( ) Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

**22)**

- () Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

**23)**

- () Eu não penso muito sobre comida.
- () Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- () Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- () Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

**24)**

- () Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- () De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- () Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

**25)**

- () Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- () Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- () Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).

() Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento