

Universidade Católica de Goiás
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Personalidade e *Coping* em Pacientes Diagnosticados
com Transtornos Alimentares e Obesidade**

Renata Tomaz

Goiânia
Fevereiro de 2008

Universidade Católica de Goiás
Pró - Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

**Personalidade e *Coping* em Pacientes Diagnosticados
com Transtornos Alimentares e Obesidade**

Renata Tomaz

Dissertação apresentada ao Mestrado em
Psicologia da Universidade Católica de
Goiás, como requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia.
Orientadora: Dra. Daniela Sacramento
Zanini.

Goiânia
Fevereiro de 2008

Universidade Católica de Goiás
Pró - Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Folha de Avaliação

Autor: Renata Tomaz.

Título: Personalidade e *Coping* em Pacientes Diagnosticados com Transtornos Alimentares e Obesidade.

Data de Avaliação: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Dr.^a. Daniela Sacramento Zanini / UCG (Presidente)

Dr.^o. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Dr.^a. Tânia Maria Cemin Wagner/ UCS (Membro)

Dr.^a. Helenides Mendonça / UCG (Suplente)

Goiânia
Fevereiro de 2008

Este trabalho é dedicado à minha família e aos meus amigos, porém com ressalva ao meu marido Guto, por me auxiliar a utilizar, com muito carinho e amor, estratégias mais adequadas durante o mestrado, e à minha filhinha Ana Luiza, que foi o impulso final para esta realização.

Agradecimentos

Aos pacientes e seus médicos, que se prontificaram a participar da pesquisa com muita dedicação e apoio.

À orientadora Daniela, por meio de seu auxílio e grande compreensão, consegui realizar mais esse objetivo. Espero que nos reencontremos.

Aos professores Helenides e Luc, por suas contribuições e esclarecimentos valiosos durante a qualificação.

Aos colegas e amigos do GEPOTS, pela ajuda nos resultados desta pesquisa e pelos encontros semanais.

Resumo

Este estudo apresenta uma pesquisa realizada com amostra de pacientes diagnosticados com transtornos alimentares (n = 30) e com obesidade (n = 30), cujos dados foram coletados em uma clínica escola de Goiânia (Go), e com população geral (n = 49), pré-selecionada em três instituições de ensino superior do mesmo município. Seu objetivo foi avaliar a ocorrência de correlações entre fatores de personalidade neuroticismo e extroversão, e *coping* em função dessas patologias. Para a consecução do estudo foram aplicados três testes: *Escala de Personalidade*, com a finalidade de avaliar a ocorrência dos fatores extroversão e neuroticismo, baseados nos Cinco Grandes Fatores da Personalidade; o *Coping Response Inventory Adult Form* (CRI – A), para verificar as estratégias de *coping* utilizadas pela amostra, ao enfrentar um problema; e o *Eating Attitudes Test* (EAT – 26), para conhecer os comportamentos alimentares dos participantes. Aplicou-se o teste ANOVA para as análises das médias dos fatores da personalidade, das estratégias de *coping* e das atitudes alimentares. Posteriormente, utilizou-se a correlação de Pearson para a avaliação dessas variáveis, por meio do pacote estatístico Windows SPSS versão 13.0. Os pacientes com transtornos alimentares e os com obesidade tornaram mais evidentes, em relação à amostra da população geral, o traço neuroticismo e a estratégia descarga emocional, considerados desadaptativos, mas não se constatou diferenças significativas estatisticamente.

Palavras-chave: transtornos alimentares; obesidade; *coping*; personalidade.

Abstract

This study presents a search with patients diagnosed with eating disorders and obesity in the general population, aiming to evaluate the occurrence of correlations between personality and *coping* in the light of these diseases. Data were collected in the Clínica Escola Vida, in Universidade Católica de Goiás in Goiânia, with a sample of patients with eating disorders (n = 30) and obesity (n = 30) and the general population (n = 49). To achieve the study were applied three tests: the Inventory Reduction of Big Five (IBF-R), to assess the occurrence of the factors extroversion and neuroticismo, based on the Big Five Factors of personality, the *Coping Response Inventory Adult Form* (CRI - A) to verify the *coping* strategies of the sample used to face the problem, and *Eating Attitudes Test* (EAT – 26) to know the eating behaviors of the participants. ANOVA test was performed to analyze the means of the factors of personality, *coping* strategies, and eating attitudes, and Pearson correlation was applied to evaluate the correlations among the variables using Windows SPSS version 13.0. It was concluded that: the patients with eating disorders and obesity had more the traits neuroticismo and strategy emotional discharge, considered nonadaptive, for the general population sample, but found no statistically significant differences.

Key words: eating disorders, obesity; *coping*; personality.

Lista de Quadros, Figura e Tabelas

Quadro 1.	Os cinco grandes fatores da personalidade.....	15
Quadro 2.	Categorias de estratégias e respostas de <i>coping</i>	23
Figura 1.	Modelo conceitual de <i>coping</i>	20
Tabela 1.	Cargas fatoriais, comunalidades (h^2), coeficiente de fidedignidade da escala de personalidade.....	44
Tabela 2.	Descritivos e comparação de média entre fatores da personalidade por tipo de população.....	47
Tabela 3.	Descritivos e comparação de media entre atitudes alimentares por tipo de população.....	49
Tabela 4:	Correlação de Pearson entre <i>coping</i> , atitudes alimentares e perfil psicológico.....	50
Tabela 5.	Regressão linear entre atitude alimentar, <i>coping</i> e personalidade.....	50

Sumário

Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Lista de Quadros, Figura e Tabelas.....	vi
Introdução.....	8
Capítulo 1 – Personalidade e <i>Coping</i> : estudo teórico em pacientes com transtornos alimentares e obesidade	11
1.1 Teoria dos Fatores da Personalidade.....	11
1.2 <i>Coping</i>	18
1.3 Transtornos Alimentares.....	24
1.4 Obesidade.....	30
Capítulo 2 – Personalidade e <i>Coping</i> : em Pacientes com Transtornos Alimentares e com Obesidade e em população geral.....	35
Referências Bibliográficas.....	54
Anexo.....	66

Introdução

Estudiosos como Zanini (2003) e Moos (1993) demonstraram que fatores como personalidade e *coping* estão diretamente relacionados com transtornos mentais. A teoria dos fatores da personalidade avalia o perfil psicológico e permite explorar sua importância na vida de um determinado indivíduo. Esse perfil psicológico é visto como demandas pessoais que interferem na maneira como os indivíduos reagem diante de situações que excedem seus recursos, ditas como estressantes. Fatores da personalidade, como neuroticismo, pode influenciar a manifestação de estratégias de *coping* evitativas ou focadas na emoção, geralmente consideradas mal-adaptativas (Costa, Somerfield & McCrae, 1996).

Para Sheiffge-Krenke (2000) fatores da personalidade podem afetar o modo como pacientes enfrentam situações problemáticas e aderem ao tratamento. Indivíduos que apresentam fatores de personalidade neuroticismo retratam baixa adesão ao tratamento, tornando-se vulneráveis à manifestação e à permanência de enfermidades. Em contrapartida, aqueles que apresentam fatores extroversão, empregam estratégias de *coping* adaptativas ao enfrentar um problema, ou seja, são pessoas mais propícias a ter saúde mental e física (Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005).

Diante disso, pretende-se ressaltar nesta pesquisa a importância do estudo de estratégias de *coping* como formas terapêuticas em relação a diversas patologias. Zanini (2003) enfatiza que estratégias de *coping* evitativas podem contribuir para a manutenção de doenças, ao passo que estratégias de aproximação podem promover bem-estar.

A literatura demonstra que estratégias de *coping* evitativas podem influenciar a

ocorrência de transtornos alimentares e obesidade, entre outras doenças. Este trabalho visou esclarecer a relação entre perfil psicológico e *coping* em pacientes com transtornos alimentares e obesidade, com a finalidade de adquirir conhecimento para possíveis intervenções.

Para Claudino e Zanella (2005), a epidemiologia dos transtornos alimentares aponta alta incidência na população mundial. Em relação à obesidade, as pesquisas não retratam uma realidade diferente. Nunes, Apolinário, Abuchaim & Coutinho (2006) consideram essa patologia uma epidemia mundial, devido ao crescimento do número de obesos em países orientais, onde tradicionalmente havia baixa ocorrência. Partindo disso, surgiu o interesse por estudos nessa área, com a finalidade de prevenir e tratar tais patologias.

A presente pesquisa propõe dois estudos. O primeiro de base teórica, compõe o capítulo 1 e visa esclarecer conceitos relevantes ao tema, por meio de uma revisão sobre transtornos alimentares e obesidade relacionados aos conceitos de *coping* e de personalidade. Para isso utilizou-se do modelo de Moos (1993) e dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade.

Transtornos alimentares foram entendidos como desvios dos comportamentos alimentares, baseados principalmente em três categorias mais frequentes: anorexia, bulimia e Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (APA, 1995). A obesidade foi avaliada de acordo com os dados encontrados no IMC (índice de massa corpórea) de cada pessoa. Essa forma de diagnóstico é de fácil aplicação e adequada quando empregada em adultos (Nunes et al., 2006).

O segundo capítulo é composto por um estudo empírico, apresentado em forma de artigo, de acordo com as normas exigidas pela revista *Aletheia*, a qual posteriormente ele será submetido. Os resultados obtidos na pesquisa deixaram

evidentes que fatores da personalidade neuroticismo favorecem o aparecimento de estratégias de *coping* mal-adaptativas, que por sua vez, contribuem para a manifestação de transtornos alimentares e da obesidade.

Capítulo 1

Personalidade e Coping: um Estudo Teórico em Pacientes com Transtornos Alimentares e Obesidade

Neste primeiro capítulo, apresenta-se uma discussão sobre as teorias dos fatores da personalidade, de *coping*, dos transtornos alimentares e da obesidade, com a finalidade de esclarecer seus conceitos e suas interrelações.

1.1 Teoria dos Fatores da Personalidade

A teoria dos fatores da personalidade foi concebida a partir de múltiplos conceitos filosóficos, que estavam vinculados à saúde e à longevidade. Inicialmente na Grécia, durante o século VI, o modelo utilizado baseava-se em fundamentos da personalidade que relacionavam o caráter, o temperamento e as características humanas aos humores corporais (Friedman & Schustack, 2004). De acordo com essa concepção, algumas alterações orgânicas caracterizavam os indivíduos. Por exemplo, aqueles que apresentavam prevalência do fluido corporal biliar negra eram diagnosticados como pessimistas, melancólicos, tristes.

Essa visão perpetuou até a Idade Média. Sob a influência da Igreja Católica, os estudos sobre personalidade passaram a vincular-se a pensamentos religiosos, dissociando o ser humano em dois pólos: bom e mau. Indivíduos que freqüentavam e contribuía com a Igreja, eram considerados bons, com características positivas.

As idéias iluministas surgiram com o intuito de contradizer a influência religiosa e partiram do suposto de que a razão e a racionalidade sobrepõem-se à natureza humana, trazendo à tona o que hoje entendemos como cientificismo (Friedman & Schustack, 2004). Esse preceito buscava formas de investigar a personalidade empiricamente, não somente por meio de conceitos, mas também de modo a mensurar as características que uma pessoa apresenta e como isso pode influenciar sua vida.

Utilizando outro tipo de divisão da personalidade, na década de 1920, Jung (2003) definiu extroversão e introversão como disposições pessoais que, em contato com a realidade, podem caracterizar o indivíduo. Com base nessas duas disposições originou-se a idéia de quatro funções: pensamento, sentimento, sensação e intuição, que, ao serem relacionadas à extroversão e à introversão, formavam a personalidade. Assim, para Jung, um indivíduo pode ser identificado como extrovertido pensativo ou introspectivo sensitivo.

Na década de 1930, Allport (1937) entendia traços como unidades passíveis de determinar padrões da personalidade, de tal forma que, apesar de um indivíduo possuir comportamentos distintos, ainda assim existia certa constância. A essa freqüência de características chamou de fatores de personalidade, ou seja, padrões comportamentais semelhantes em indivíduos de uma mesma cultura. Essa definição foi de grande relevância para os estudos nesta área, pois permitia mensurar a personalidade. Apesar de defender a teoria dos fatores de personalidade, de acordo com Nunes (2005), Allport não criou um sistema de medida que pudesse avaliá-los. Em contrapartida, focou seus estudos na pesquisa idiográfica, com finalidade de compreender a importância da personalidade na vida das pessoas.

De acordo com Nunes (2005), Cattell, na década de 40, estruturou três áreas de

análise: dados L, que são registros da vida; dados Q, que são métodos de questionários; e dados T, que são critérios objetivos avaliados por um profissional, os quais, somados, derivam 177 escalas da personalidade. Essas escalas foram revistas e restringidas em 16 fatores, considerados de primeira ordem. Quando se empregava nestes a análise fatorial, eles se agrupavam em quatro dimensões, definidas como segunda ordem. Essas dimensões descreveriam o tipo de personalidade dos indivíduos submetidos ao teste *16 P.F. Questionnaire* (Cattell, Saunders & Stice, 1950).

Eysenck (1991) foi quem, fundamentando-se nos estudos realizados por Allport (1937), desenvolveu três dimensões básicas da personalidade, as quais denominou introversão-extroversão, neuroticismo e psicoticismo. Essa taxonomia foi fundamental no desenvolvimento posterior da teoria dos Cinco Grandes Fatores (*Big Five*), e também possibilitou, mediante a criação de diversos testes - por exemplo, *Maudsley Personality Inventory*, *Eysenck Personality Inventory* e *Eysenck Personality Questionnaire* (Pervin & John, 2004) - a mensuração dessas dimensões da personalidade. Por meio de suas pesquisas, Eysenck (1991) observou a possibilidade de os fatores da personalidade estarem relacionados com o estresse e a sua forma de enfrentamento. Seus estudos apontaram para a influência dos fatores de personalidade nas vivências de estresse e em suas formas de enfrentamento, os quais, por sua vez, poderiam repercutir no desenvolvimento de doenças cardíacas e em cânceres.

Os autores acima citados (Allport, Eysenck & Cattell) foram essenciais para a construção da teoria lexical, a qual considera que "...as diferenças individuais mais importantes nas transações humanas serão codificadas como termos únicos em

algumas ou em todas as línguas do mundo”² (Goldberg, 1990, p. 1216). Por intermédio da teoria lexical da personalidade, os fatores da personalidade conseguem abranger e interligar diversas culturas, tornando-se uma forma de mensuração da personalidade de grande confiabilidade (McCrae & John, 1992). Através destes estudos em culturas diferentes utilizando-se a análise fatorial em pesquisas sobre fatores da personalidade, cinco fatores foram discriminados, os quais originaram a teoria dos cinco grandes fatores da personalidade. Um destes pesquisadores foi Norman (1963) que realizou uma pesquisa sobre fatores de personalidade. Este autor encontrou cinco dimensões e as intitulou como neuroticismo, extroversão, abertura, amabilidade e conscienciosidade. As definições dessas cinco dimensões da personalidade, assim como as características dos indivíduos com baixa ou alta pontuação em cada uma delas, estão representadas no quadro 1, a seguir.

² Tradução realizada pela autora.

A teoria do *Big Five* postula que por meio da análise do perfil psicológico de um indivíduo, pelo método dos Cinco Grandes Fatores, seria possível relacionar e elucidar comportamentos que estariam diretamente relacionados com saúde mental e física. Por exemplo, pessoas compulsivas poderiam apresentar altos índices nas escalas neuroticismo e conscienciosidade. Em muitos casos o traço neuroticismo precede transtornos ansiosos e depressivos, que são classificados como subfatores ou facetas mal-adaptativas de fatores de personalidade (Pervin & John, 2004; Thomas, 2004).

Zanini (2003) apresenta em seus estudos que adolescentes com baixo neuroticismo tendem a apresentar estratégias de enfrentamento mais adaptativas, conseqüentemente ocasionando maior bem-estar psicológico. Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos com adultos em que um perfil psicológico instável, com alto limiar no traço neuroticismo, está relacionado com o uso de estratégias de *coping* de evitação, que são prejudiciais à saúde (Eysenck, 1991).

Este trabalho visa estudar especificamente essa relação entre fatores da personalidade neuroticismo e extroversão, *coping* e saúde. Os conceitos de personalidade e *coping* estão fortemente interligados e relacionados com bem-estar pessoal. Em uma revisão bibliográfica do tema, podemos identificar três correntes teóricas que buscaram relacionar ambos conceitos ao longo do tempo. A primeira, também chamada de primeira geração, tratava *coping* e personalidade como conceitualmente idênticos. Dessa forma, o *coping* era considerado como uma manifestação da própria personalidade (Zanini,2003).

Estudos posteriores ressaltaram, contudo, o caráter situacional do *coping*, ou seja, o fato de os indivíduos tenderem a enfrentar diferentes problemas de diferentes

formas. Assim, o que influenciava na escolha das estratégias de enfrentamento a ser utilizada não seria a personalidade em si, mas o tipo de situação a que o indivíduo estava enfrentando. Essa corrente foi chamada de transacional e teve como seu representante Richard Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984). Contudo, estudos posteriores demonstraram que ainda que os indivíduos tendessem a utilizar o *coping* conforme o tipo de problema que enfrentavam, havia uma baixa, mas freqüente, relação entre alguns fatores de personalidade e o uso de determinadas estratégias de *coping*. Dessa forma, abriu-se caminho para a chamada terceira geração de *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998).

Na terceira geração de *coping*, estudou-se, à luz da teoria do *Big Five*, como algumas estratégias de enfrentamento diante de problemas diversos eram influenciadas pelos fatores de personalidade dos indivíduos. Estudos demonstraram, por exemplo, que indivíduos com pontuações altas em neuroticismo tendiam a utilizar mais estratégias de enfrentamento evitativo que os demais (Costa, Somerfield & McCrae, 1996).

Autores como Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Straus e Wurm (1975), por outro lado, procuraram estabelecer como uma taxonomia específica de personalidade estava relacionada com níveis de saúde geral. De acordo com seus estudos a personalidade pode ser diferenciada em tipo A ou B. Assim, postularam que pessoas com personalidade de tipo A apresentam características psicológicas tais, como hostilidade, perfeccionismo, alta competitividade, estão sujeitas a desenvolver doenças cardíacas, além de possuírem comportamentos de risco à saúde, como tabagismo e resistência na busca de assistência médica. Aquelas de tipo B, que se dispõem de maneira controversa a do tipo A, possuem como características paciência, baixa competitividade e baixa autocrítica, além de sabedoria ao lidar com

o estresse (Yan, Liu, Matthews, Daviglius, Ferguson & Kiefe, 2003; Orth-Gomér, Wamala, Horsten, Schenck-Gustafsson, Schneiderman & Mittleman, 2000).

A essa classificação Lazarus e Folkman (1984) acrescentam a personalidade de tipo C, contrariamente a do tipo A, está representada por um indivíduo com humor melancólico e depressivo e com dificuldade de manter relações com seu meio social. Segundo alguns estudos, essas características de personalidade estariam relacionadas ao desenvolvimento de doenças coronárias e cancerígenas (Zanini, 2003).

Zanini (2003) defende “que a personalidade é uma variável mediadora que ativa ou inibe o desenvolvimento de uma ou outra enfermidade, através da maneira como o indivíduo experiencia e responde ao estresse (as estratégias de *coping* que utiliza)” (p.43). No presente estudo, a variável mediadora foi a estratégia de enfrentamento. O perfil psicológico desajustado seria um desencadeador de *coping* mal adaptativo, o que ocasionaria problemas na saúde mental.

1.2 Coping

Várias teorias surgiram para conceitualizar *coping*. Entre elas, três visões diferenciadas prevaleceram: a experimentação animal, a abordagem psicanalítica e o modelo transacional. A teoria baseada na experimentação animal define *coping* como uma forma de controlar o ambiente, para que o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diminua. Essa visão não considera as diferenças individuais, a apreciação do problema, as estratégias cognitivas, os sentimentos e as emoções (Zanini, 2003).

A abordagem psicanalítica ou a psicologia do ego defende que conceitos, como mecanismos de defesa, e formas de enfrentar conflitos sexuais e agressivos são

semelhantes a respostas de *coping*, desencadeadas por fatores e estímulos ambientais, externos ao indivíduo (Antoniuzzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998). A abordagem analítica, também fundamentada na teoria psicanalítica, aponta *coping* como um traço estável da personalidade. Desse modo, sustenta que um indivíduo enfrenta uma situação estressante de acordo com os fatores de sua personalidade (Zanini, 2003), reagindo de forma mais ou menos constante diante dos diferentes problemas que lhe aparecem.

Por outro lado, o modelo transacional, proposto por Lazarus e Folkman (1984), considera a interação entre pessoa e ambiente. Nessa perspectiva, a ênfase está no processo de *coping*, em que as variáveis, indivíduo e meio ambiente, influenciam-se mutuamente, como destaca a figura 1 (Holahan, Moos & Schaefer, 1996). Nesse processo, é importante salientar os recursos de *coping* do indivíduo, que Zanini (2003) ressalta como “... fruto de características psicológicas do indivíduo, de sua história de vida ou situação social, assim como experiências prévias no enfrentamento de situações estressantes”⁵ (p.61). Os recursos podem ser classificados em recursos ambientais, considerados aqueles provenientes do ambiente em que se encontra o indivíduo (tais como as instituições de saúde a que ele tem acesso); e os recursos pessoais, considerados aqueles provenientes da própria pessoa (como, por exemplo, seus fatores de personalidade ou a própria estatura, o sexo ou a orientação sexual etc.).

Assim, ao se deparar com uma condição estressante, a pessoa pode lançar mão de recursos ambientais - aqueles disponíveis no meio em que vive, como o suporte social oferecido por quem é capaz de ajudá-la a enfrentar o problema e/ou o apoio material de instituições sociais que auxiliam pessoas que estão passando por

⁵ Tradução realizada pela autora.

dificuldade (Zanini, 2003).

Os recursos pessoais são peculiaridades do indivíduo, que, em contato com seu meio social, se diferenciam em saúde e energia vital, auto-estima, capacidades sociais e de soluções de problemas. Assim, através da vivência de situações estressantes, o indivíduo pode empregar tanto recursos inseridos em seu meio ambiente quanto recursos próprios, como características pessoais e de sua personalidade (Compas, 1987).

Holahan et al. (1996) sugerem um modelo explicativo do processo de *coping*, baseado nos recursos ambientais e pessoais, explicitado na figura 1. Nesse esquema, os autores apresentam a inter-relação de cinco painéis explicativos da influência da vivência de estresse e *coping* sobre a saúde. Essa relação se dá bidirecionalmente em todo o processo. Isso sugere que, embora haja uma seqüência estruturada dos painéis, sua interação não necessariamente ocorre em uma ordem estática.

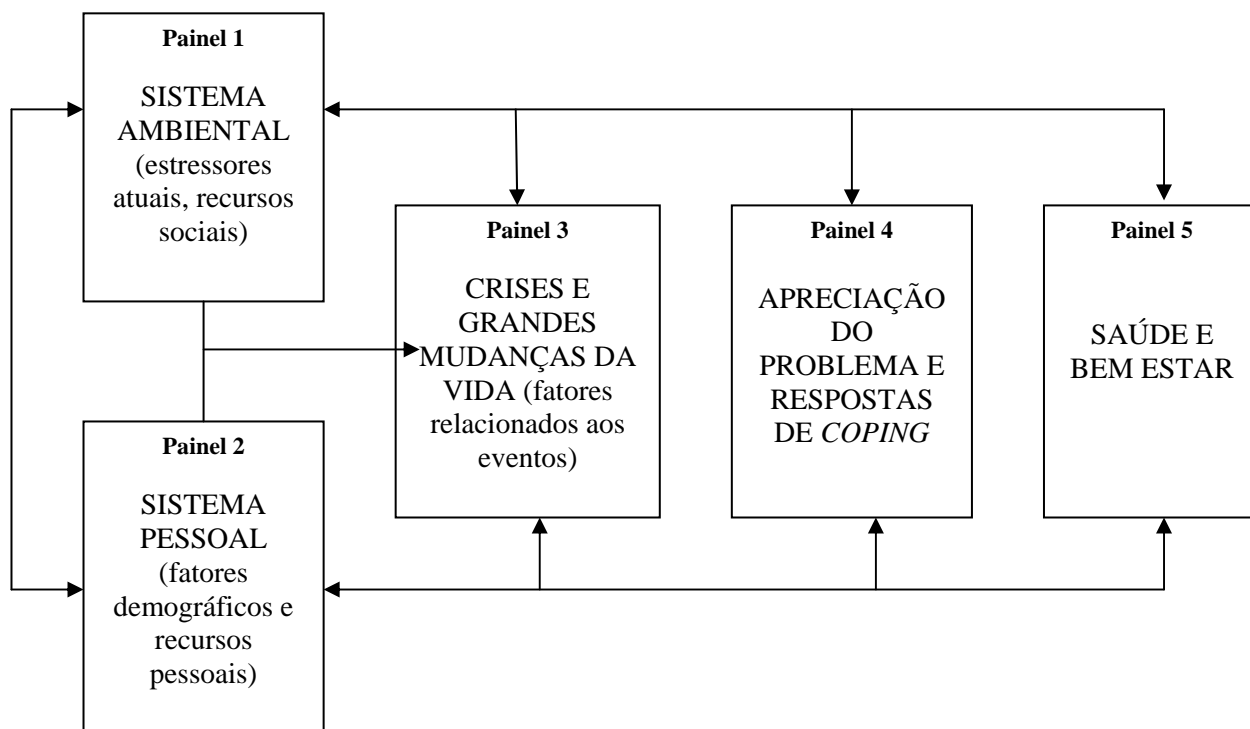


FIGURA 1. Modelo conceitual de *coping* proposto por Holahan et al. (1996).

Dentro desse modelo, cabe salientar que os fatores da personalidade, representados pelo painel II, podem interferir no uso de estratégias de *coping* (painel IV), que, por sua vez, influenciam na manifestação de doenças, entre elas os transtornos alimentares e a obesidade.

Holahan et al. (1996) retratam *coping* focado na emoção como um eliciador de doenças, todavia é importante considerar o momento em que o problema surgiu, pois outros autores têm apontado que, em determinadas circunstâncias, o uso de estratégias de *coping* ditas não adaptativas podem ser consideradas positivas e ter melhor repercussão na saúde do indivíduo (Savoia, 1999).

Para Lazarus e Folkman (1984), o processo de enfrentamento passa por duas fases. Inicialmente ocorre a apreciação primária do problema a ser enfrentado, na qual o sujeito avalia se a situação oferece risco a sua saúde. Caso ofereça-lhe risco, de alguma, e enfrenta-la está além de suas capacidades, naquele momento, a situação é avaliada como estressante. Posteriormente, decorre a apreciação secundária e o indivíduo avalia os recursos de *coping* disponíveis. Segundo esses autores, é com base nessas duas formas de avaliação que ele define o tipo de estratégias mais adequadas para usar no enfrentamento desse problema específico.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), as estratégias de *coping* podem estar focadas no problema ou na emoção. Nas estratégias de *coping* centradas no problema, o indivíduo aplica suas forças para transformar a situação estressante, com a finalidade de controlar o ambiente. Já as estratégias focalizadas na emoção visam regular a resposta emocional, originada na situação estressante, "... podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva" (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001, p. 225).

Moos (1993) distinguiu as estratégias de *coping* em quatro grandes categorias principais, como demonstra o quadro 2: estratégias de aproximação e evitação; e respostas cognitivas e comportamentais.

As estratégias de enfrentamento de aproximação possuem a finalidade de solucionar a situação estressante, de modo semelhante ao *coping* focalizado no problema. Por outro lado, as estratégias evitativas buscam controlar as emoções e/ou os pensamentos sobre o problema, sem enfrentar a situação de risco, como o *coping* centrado na emoção.

Entende-se por respostas cognitivas aquelas que utilizam esforços cognitivos - por exemplo, a percepção da situação estressante - para enfrentar o problema. As respostas comportamentais, por outro lado, empregam ações no confronto de ocasiões problemáticas (Moos, 1993).

Essas grandes categorias de estratégias de *coping* são o resultado de agrupações teóricas e metodológicas de outras sub categorias de *coping*, retiradas por meio da descrição dos comportamentos empregados pelos indivíduos para solucionar o problema que enfrentam. O quadro 2 demonstra visualmente como se constroem cada uma das quatro grandes categorias descritas por Moos (1993).

QUADRO 2. Categorias de Estratégias e Respostas de *Coping*.

	Estratégias de Aproximação	Estratégias de Evitação
Respostas Cognitivas	Análise Lógica	Evitação Cognitiva
	Reavaliação Positiva	Aceitação/ Resignação
Respostas Comportamentais	Apoio Social	Busca de Gratificação
	Resolução de Problemas	Descarga Emocional

Fonte: Moos (1993).

Zanini, Forns & Kirchner (2005) demonstraram que as estratégias de *coping* de aproximação ou que focalizam o problema estão positivamente relacionadas com o estado de saúde e o bem-estar, ao passo que as estratégias chamadas evitativas ou focadas na emoção estão relacionadas a condutas psicopatológicas ou ao aumento de relatos de mal-estar psicológico feito por adolescentes.

Gregor (2005) expõe a relação entre *coping* e transtornos alimentares em uma pesquisa constatou que pacientes com anorexia e bulimia apresentavam estratégias de *coping* evitativas, ou focadas na emoção, ao passo que os sujeitos sem diagnóstico possuíam respostas de *coping* de aproximação, ou centradas no problema.

Em outra pesquisa, realizada apenas com mulheres, Gregor (2005) constatou que aquelas com diagnóstico de bulimia apresentaram estratégias de *coping* evitativas ou focadas na emoção, ao passo que as recuperadas do transtorno e as sem diagnóstico utilizaram respostas de *coping* adaptativas e de aproximação.

Pesquisas realizadas com obesos apresentam resultados semelhantes a esses Rydén, Karlsson, Persson e Sjöström (2001) descrevem em seus estudos que pessoas

com obesidade tendem a utilizar mais estratégias de *coping* evitativas ou focadas na emoção para lidar com seus problemas. Em conjunto, esses estudos tendem a confirmar uma maior relação entre *coping* evitativo e desadaptação social, psicopatologia ou mal-estar psicológico.

1.3 Transtornos Alimentares

Existem diversos tipos de transtornos alimentares, porém este trabalho priorizou três deles, por serem descritos no DSM-IV (APA, 1995) e por apresentarem maior incidência na população (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). São eles: a bulimia, a anorexia e o Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE).

O vocábulo anorexia provém do grego *orexis* (= apetite) e, somado ao prefixo *an* (semelhante a ausência), significa perda do apetite e é uma patologia de princípio nervoso. De acordo com Busse (2004), os precursores no estudo deste transtorno foram Morton (1661), ao deparar-se em seu consultório médico com um caso de uma jovem que não se alimentava e relatou esse caso à comunidade médica. Willian (1790), que descreveu outro caso de abstinência alimentar, só que desta vez em um jovem. E Gull (1874), que apresentou a sintomatologia associada à nomenclatura anorexia nervosa, por considera-la como uma patologia substancialmente emocional.

Contudo, a terminologia anorexia não é adequada, pois, na realidade não há falta de apetite no início do transtorno, pelo contrário, nesse transtorno o paciente trava uma batalha contra a fome. A real perda do apetite ocorre numa fase avançada da doença, quando o indivíduo apresenta uma aparência cadavérica, atingindo a inanição (Busse, 2004).

Em termos cronológicos, a anorexia foi o primeiro transtorno alimentar relatado;

posteriormente, surgiu a bulimia nervosa. Dois termos formam a palavra bulimia, *boul*, derivado de boi, ou *bou*, de grande quantidade, juntamente com *lemos*, que significa fome. Então, subentende-se que bulimia nervosa representa “uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi” (Cordás, 2004, p. 155). Esse transtorno alimentar foi conhecido como bulimia nervosa com Russell (1979), que descreveu casos dessa patologia associada à anorexia nervosa. Ambas são doenças muito semelhantes e, na maioria dos casos, aparecem juntas, uma decorrendo da outra, com ínfima diferenciação no diagnóstico. Critérios diagnósticos semelhantes nas duas são distorções da imagem corporal, episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios para perda de peso (Nunes et al., 2006).

Na distorção da imagem corporal, a auto percepção dos pacientes é de pessoas acima do peso ou com gorduras localizadas que desproporcionam o padrão corporal. Essa distorção ocorre mesmo quando o indivíduo está em perfeitas condições e/ou abaixo do peso ideal. Isso causa perturbações no modo em que de vivencia seu peso e suas formas corporais, acompanhadas de um excessivo temor em engordar (APA, 1995).

Na bulimia ainda ocorre, durante o comer compulsivo, o consumo de grandes quantidades de comida, em um breve espaço de tempo, em uma constância igual ou superior a duas ou três vezes por semana. Esses comportamentos geram sentimentos de perda de controle e de culpa, o que provoca atitudes para reparar o ganho de peso, como vômitos auto-induzidos, uso exagerado de laxantes, enemas, diuréticos e anoréxicos, dietas restritivas e a realização excessiva de exercícios físicos (OMS, 1993a).

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) descrevem outros comportamentos em relação à comida, próprios de indivíduos com transtornos alimentares, por exemplo, espalhar

alimentos pela sua moradia ou colocá-los em bolsos e sacolas. Durante a refeição dispensam a comida e, se necessário, a escondem. Cortam os alimentos em pedaços minúsculos e demoram muito tempo para terminar a refeição.

O que diferencia os três tipos de transtornos alimentares é que na anorexia há uma recusa em manter o peso corporal adequado à idade e à altura. Pessoas anoréticas mantêm o peso abaixo de 85% do esperado. Na infância existe falta de ganho de peso, as crianças chegam a pesar menos de 15% do esperado (OMS, 1993a). Assim, para Nunes et al. (2006) existem três aspectos fundamentais para definir a anorexia peso abaixo do normal, amenorréia (nas mulheres) e perturbação da imagem corporal.

Por outro lado, pacientes com bulimia mantêm o peso corporal dentro do esperado ou aproximadamente 15% de sobrepeso acima do índice estipulado saudável (APA, 1995). Seu aparecimento ocorre fundamentalmente na adolescência, porém já foram diagnosticados casos na vida adulta. Seu principal referencial diagnóstico seria a compulsão alimentar, porém sem a ocorrência de obesidade (Busse, 2004).

O diagnóstico de Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação possui algumas características diferenciais em relação à bulimia e à anorexia, tais como: sinais chave da anorexia estão presentes, porém com ciclo menstrual normal e peso dentro do esperado; os critérios diagnósticos da bulimia são confirmados, porém diferem na frequência e na duração. Além desses sintomas, as pessoas com TASOE podem apresentar comportamentos compensatórios depois de ingerir uma quantidade normal de alimento, por exemplo, durante a refeição mastigam os alimentos e depois os cospem (APA, 1995).

A dificuldade em conscientizar pacientes com transtornos alimentares de que

estão doentes e, portanto, necessitam seguir um tratamento, contribui para o agravamento e a evolução dessas patologias. Os índices de mortalidade provocada por essas doenças são altos, de acordo com dados da APA (2002), para cada um ano de duração dos transtornos alimentares, há 1% de mortalidade. Esses dados colocam os transtornos alimentares como um dos transtornos psiquiátricos com maior morbidade e mortalidade, o que justifica a necessidade de realização de estudos mais abrangentes para a compreensão e o manejo do transtorno.

Além disso, os dados são aproximados, pois a tendência à omissão dificulta o registro dos transtornos e os estudos populacionais possuem pequenas amostras. Assim, a prevalência e a incidência são baseadas em prontuários médicos, os quais nem sempre condizem com a real situação dos transtornos alimentares. Porém, devido ao prejuízo físico e emocional que essas doenças causam e ao alto índice de mortalidade, essa situação tem se modificado, despertando o interesse de pesquisadores (Claudino & Zanella, 2005).

Os estudos epidemiológicos revelam maior frequência de transtornos alimentares no sexo feminino, principalmente na adolescência. Estes acometem cerca de um homem para cada 10 ou até mesmo 20 mulheres (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). Dessas mulheres, 8 em 100 mil adoecem de anorexia, mundialmente, e 13 em 100 mil desenvolvem bulimia. Esses dados não apresentam um descenso ao longo das últimas décadas. Ao contrário, conforme Eggers e Liebers (2005) em uma pesquisa recente, realizada na Alemanha, constatou-se que o número de pacientes com transtornos alimentares havia crescido consideravelmente. Cerca de 500 mil pessoas do sexo feminino e 70 mil do masculino desenvolveram bulimia em 2000 e aproximadamente 100 mil mulheres, a maioria entre 15 e 25, tornaram-se anoréticas.

Como na maioria dos transtornos psiquiátricos, a incidência de transtornos

alimentares também é maior em familiares de pessoas já afetadas por esses transtornos. Por exemplo, parentes em primeiro grau de indivíduos com transtornos alimentares têm maior probabilidade de desenvolver o transtorno que a população geral. Além disso, gêmeos monozigóticos possuem uma probabilidade maior, quando comparados com os dizigóticos. Outros transtornos psiquiátricos na família, tais como transtornos do humor, também estão relacionados com maior probabilidade de desenvolvimento de transtorno alimentar (APA, 1995).

O crescimento da incidência de transtornos alimentares acarreta um aumento nas patologias concomitantes, que podem se dividir em clínicas e psiquiátricas. As comorbidades clínicas aparecem, principalmente, devido às alterações nutricionais, e, entre elas, destacam-se os problemas cardiovasculares e pulmonares, as alterações metabólicas, hidreletrolíticas e hematológicas, a insuficiência renal, os problemas gastrointestinais, o diabetes, entre outros (Claudino & Zanella, 2005).

As doenças psiquiátricas mais relacionadas com os transtornos alimentares são os transtornos afetivos, ansiosos e de personalidade. Entre os transtornos afetivos encontram-se o depressivo e o bipolar do humor (Martins & Sassi Júnior, 2004).

Para Ballone (2005a) pacientes com anorexia nervosa têm uma prevalência entre 52 – 98% de transtornos do humor no decorrer da vida. No momento da consulta, 50% deles apresentam algum transtorno do humor. Quanto à bulimia, os números são semelhantes, 25 – 80% de risco de depressão na vida e 40% de depressão na apresentação por ocasião da consulta (p. 3).

Nos transtornos ansiosos, a incidência com relação à bulimia é de 25 a 75% e, em pacientes com anorexia nervosa, é de 23 a 54%. Transtornos obsessivos-

compulsivos e fobia social são comuns em pacientes com transtornos alimentares (Claudino & Zanella, 2005).

Os transtornos de personalidade mais comuns em coexistência com os alimentares são borderline e histriônico, e os sintomas aparentes são comportamentos suicidas e inadequação social, com grande frequência de internações. Já os tipos paranóide, esquizóide e esquizotípico ocorrem em menor frequência (Claudino & Zanella, 2005).

Os transtornos alimentares se relacionam tanto com transtornos de personalidade, conforme comentado anteriormente, quanto com características da personalidade. Estas não podem ser consideradas transtornos, por não se caracterizarem como doenças. São características de personalidade que se encontram mais frequentes ou em maior intensidade em indivíduos que desenvolvem o transtorno. Fairburn (1995) afirma a ligação entre características da personalidade e transtornos alimentares. Por exemplo, perfeccionismo, baixa conscienciosidade, necessidade de controlar a si mesmo e ao outros, dificuldade de relacionamento, baixa assertividade, pensamentos negativos, excessiva autocrítica e impulsividade foram encontrados em pacientes com transtornos alimentares.

Características tanto da personalidade quanto respostas de *coping* podem auxiliar a manifestação de transtornos alimentares e obesidade. Gregor (2005) retrata que, em pesquisas realizadas em pacientes com transtornos alimentares e população geral, a primeira amostra apresenta mais estratégias de *coping* de evitação do que a última. Poucos trabalhos relacionam transtornos alimentares com obesidade, principalmente por esta não se caracterizar como transtorno mental. Entretanto, sabe-se que a referida patologia possui relação com aspectos psicológicos, fatores que serão abordados a seguir.

1.4 Obesidade

A preocupação com a alimentação existe há anos. Platão (século V a.C.) descreveu que a dieta deveria ser tênue, baseada em cereais, legumes, frutas, leite, mel e peixe. Bebidas alcoólicas e carboidratos deveriam ser consumidos raramente, em virtude de causarem prejuízo à saúde (Busse, 2004).

Atualmente verifica-se uma mudança no comportamento alimentar. Antes, a dieta da população continha mais alimentos ricos em proteínas, como a carne e o ovo, e em ferro, como o feijão, nutrientes essenciais para a saúde humana. Esses alimentos foram substituídos por comidas prontas, que contem alto valor calórico e baixo valor nutritivo. Essa alteração provoca malefícios à saúde. Isso pode ter ocorrido devido ao aumento do preço de alguns produtos, como arroz, trigo e soja, e, também, pela comodidade que os alimentos prontos proporcionam.

A diminuição de atividades físicas nas sociedades contemporâneas trouxe conseqüências para a saúde humana. Associado a hábitos alimentares inadequados, esse comportamento sedentário provocou a diminuição do gasto energético, o que contribuiu para o excesso de peso, a obesidade, as doenças vasculares e as doenças metabólicas (Nunes et al., 2006; Mendonça & Anjos, 2004).

A obesidade, como fruto dessa mudança na dieta e no comportamento da população, fez o número de pessoas obesas aumentar significativamente nas últimas décadas, tornando a obesidade uma epidemia mundial (Cordás, 2005).

Tradicionalmente a obesidade é caracterizada como excesso de tecido adiposo acumulado no organismo. Porém, como não seria possível medir todo o tecido adiposo do corpo humano, surgiram outras formas para definir e classificar obesidade. Como exemplo, pode-se citar a medida do peso corporal, a avaliação do

peso relativo, a medida da circunferência abdominal e o cálculo índice de massa corpórea (IMC). Esses dois últimos são os métodos mais utilizados por profissionais de saúde, pois são de fácil manuseio e possuem bom valor diagnóstico (Nunes et al., 2006).

Contudo a medição da circunferência abdominal permite relacionar obesidade com risco de morbidades. Nos homens, a medida da cintura maior que 94 cm resulta em risco aumentado à saúde e 102 cm, em alto risco; nas mulheres as medidas são respectivamente 80 cm e 88 cm (Cordás, 2005).

Como já foi dito, o IMC é um método bastante utilizado, por caracterizar-se como uma forma simples, prática e com bom valor diagnóstico e prognóstico. Apesar de sua fórmula não distinguir a gordura do músculo, quando interpretado adequadamente é um meio valioso, principalmente se aplicado em adultos (Nunes et al., 2006). Calcula-se esse índice pelo peso em quilos dividido pela altura ao quadrado, em metros, conforme representado na expressão abaixo.

$$\text{IMC} = \text{Peso (em quilos)} / \text{Altura}^2 \text{ (em metros)}$$

A taxa adequada de IMC seria entre 18,5 e 24,9 kg/m², o que teoricamente está associado a uma vida saudável. Porém essa regra torna-se exceção, quando os avaliados são adultos com idade igual ou superior a 70 anos. Nesses casos, o IMC ideal situa-se entre 25 a 29,9 kg/m² (OMS, 1993a).

As doenças clínicas mais associadas ao IMC acima do padrão e ao excesso de tecido adiposo na cintura são hipertensão, diabete melito, hiperinsulinemia, hipertriglicedemia, baixos valores de HDL ou do chamado colesterol bom, hipercolesterolemia, entre outras (Afonso & Sichieri, 2002).

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993b) a obesidade atinge 35% da população dos Estados Unidos. Em alguns países europeus, o percentual atinge 25% e, na América Latina, estima-se que o número de obesos ultrapassou o de desnutridos. Essa realidade interfere diretamente na política de saúde pública, devido ao alto custo das intervenções em pacientes obesos, como, por exemplo, nos Estados Unidos, onde há um gasto de 9,1% entre todas as despesas destinadas à saúde (Silva, 2005).

França (2004) revela que, no Brasil, os dados apontam um aumento dos casos de obesidade da década de 70 para a atualidade, respectivamente, de 5% para 11% da população. O excesso de gordura no organismo é uma das principais causas de doenças cardiovasculares que apresentam o maior índice de mortalidade. Até mesmo em países orientais, onde a obesidade era rara, o aumento de casos começa a tornar-se preocupante (Cercato, Mancini, Arguello, Passos, Villares & Halpern, 2004; Martins, Gomes & Pasini, 1989).

Vale destacar que a causa da obesidade não se baseia num único processo. Vários fatores podem contribuir para o surgimento dessa patologia, como fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos (Nunes et al., 2006).

Entre os fatores socioeconômicos e culturais que interferem no desenvolvimento da obesidade, destacam-se o estado civil, o número de filhos e o tipo de emprego. Estudiosos como Rafferty e Griffin (2006) verificaram que pessoas obesas enfrentam discriminação em seu local de trabalho. Já Rydén et al. (2001) mencionam estudos que abordam a discriminação para com pessoas obesas em diversos ambientes, além do profissional, como o social e o familiar. Isso provoca nessas pessoas sentimentos negativos e comportamentos de esquiva e, a manifestação de estratégias de *coping* focadas na emoção, que são consideradas mal-adaptativas, implicando o

desenvolvimento de outras patologias.

Dentre os fatores biológicos que exercem um papel importante na obesidade estão etnia, sexo, idade e a predisposição genética. Ballone (2005b), após um estudo realizado com 409 famílias de obesos, relata que a predisposição genética exerceu maior influência em 25% dos casos estudados.

Em relação aos fatores psicológicos associados com a obesidade, os estudos são contraditórios. Cordás (2005) descreve estudos em populações de obesos que não demonstram a existência de um maior número de problemas psicológicos nessas populações do que na população geral. Dessa forma, os fatores psicológicos não são considerados causais, porém a obesidade pode ser desencadeante de transtornos mentais, como, a depressão. Sabe-se que pessoas obesas passam por dificuldades ligadas a processos psicológicos como consequência de sua condição.

Campos (1993), em seu estudo com indivíduos obesos, relata que estes apresentaram as seguintes características psicológicas:

passividade e submissão, preocupação excessiva com a comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito e amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa (Campos, 1993, p.39).

Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) identificaram características, como locus de controle interno, auto-avaliação, ansiedade e imagem corporal, consideradas aspectos psicológicos relacionados com a obesidade. Desta forma, indivíduos com baixo locus de controle interno e excessiva auto-avaliação tenderiam a comer mais de forma compulsiva e assim poderiam aumentar seu peso.

Em alguns casos ocorre a distorção da imagem corporal, pois mesmo após a redução de peso alguns indivíduos continuam se auto-avaliando como obesos, provocando comportamentos doentios em relação à alimentação, como a recusa de comer, ou uma preocupação excessiva com o valor calórico dos alimentos. Essas atitudes, de acordo com Cordás (2005), são comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Outra característica pessoal bastante relacionada com a obesidade é o fator neuroticismo da personalidade. Nervosismo, alto nível de tensão e sensibilidade, preocupação excessiva com a vida e labilidade emocional podem ser considerados fatores de predisposição para a obesidade. Stice, Presnell, Shaw e Rohde (2005) reforçam a importância de estudos sobre esses fatores e a utilização dos resultados dessas pesquisas na prevenção dessa patologia.

Claudino e Zanella (2005) apontam que fatores internos ao indivíduo, como baixa auto-estima e dificuldade de lidar com situações estressantes, influenciam tanto o ganho de peso quanto a sua manutenção.

Com base na revisão teórica e bibliográfica realizada neste capítulo, será apresentado, a seguir, um estudo empírico que avaliará como os fatores da personalidade influenciam a utilização de estratégias de *coping* em sujeitos diagnosticados com transtornos alimentares e com obesidade. Conforme já mencionado, esse estudo figurar-se-á como artigo.

Capítulo 2

Personalidade e Coping em Pacientes com Transtornos Alimentares e com Obesidade⁶ e na População Geral

As doenças relacionadas com a alimentação atualmente têm despertado maior interesse e preocupação. Isso se deve à proliferação de patologias, como transtornos alimentares (anorexia, bulimia, Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação) e obesidade (Cordás & Weinberg, 2002; Magalhães & Mendonça, 2005; Hay, 2002). A sintomatologia dessas enfermidades, ainda que aparentemente divergentes, possui semelhanças, visto que, em geral, está acompanhada de comportamentos como ingestão compulsiva de alimentos, ingestão de grande quantidade de alimento em pequeno espaço de tempo, falta de controle alimentar e sentimento de culpa (Pinheiro, Sullivan, Bacaltchuck, Padro-Lima & Bulik, 2006).

Além disso, na anorexia, na bulimia e no Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação, os indivíduos apresentam similarmente uma percepção distorcida da imagem corporal, utilizam formas extremas para perder peso (usam medicamentos impróprios, induzem vômitos, fazem jejuns prolongados e praticam exercícios físicos em excesso) e apresentam elevada insatisfação com o próprio corpo, tudo isso acompanhado do medo intenso de engordar (Binford, 2003).

Entre os transtornos alimentares, pode-se ressaltar para a anorexia uma acentuada repulsa em manter o peso corporal dentro de padrões saudáveis e uma luta constante para tornar-se magro(a), o que resulta numa evidente perda de peso que pode atingir

⁶ Este artigo foi realizado e formatado segundo as normas de publicação da revista *Aletheia*, à qual será submetido, após apreciação da banca examinadora, salvo o resumo e o abstract, aqui suprimidos.

a inanição. Indivíduos anoréxicos apresentam, em geral, um peso 15 % abaixo do ideal, ou seja, seu índice de massa corpórea (IMC, que divide o peso em quilogramas pela altura ao quadrado) apresenta-se abaixo de 17,5 kg/m² (Claudino & Borges, 2002). Nunes et al. (2006) descrevem três aspectos fundamentais para definir a anorexia nervosa: peso abaixo do normal, amenorréia (nas mulheres, principais acometidas) e perturbação da imagem corporal.

Na bulimia, o sintoma mais destacado é o consumo exagerado de comida, que não objetiva a saciação. Por isso, o indivíduo não apresenta peso abaixo do esperado. Ao contrário, o bulímico em geral apresenta sobrepeso (Claudino & Borges, 2002).

Como critério diagnóstico de transtornos alimentares, tais como anorexia e bulimia, considera-se não apenas a manifestação dos sintomas acima descritos, mas também a sua frequência e a constância de tempo com que ocorrem. Se tais sintomas manifestam no mínimo duas vezes por semana, por pelo menos três meses, então se enquadram nos critérios diagnósticos descritos pelo DSM-IV (APA, 1995).

Os critérios diagnósticos para Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação possuem sinais importantes da anorexia e bulimia, porém não necessariamente com a frequência e a duração de todos os episódios. Por exemplo, preenche o diagnóstico para anorexia, exceto em sintomas como amenorréia e peso abaixo do saudável, também apresenta sinais chave de bulimia, porém divergem na constância e na cronicidade. Além disso, pacientes com TASOE podem apresentar comportamentos inadequados durante as refeições, como mastigar e cuspir a comida (Claudino & Borges, 2002).

Além dos transtornos alimentares, outro transtorno também associado à alimentação, contudo identificado como uma entidade nosológica distinta, é a obesidade. Esta é abordada neste artigo como excesso de peso que ultrapassa o IMC

de 30 kg/m² (Teichmann, Olinto, Costa & Ziegler, 2006). Em termos epidemiológicos, pode-se dizer que o número de obesos aumentou significativamente. Isso fez da obesidade uma epidemia mundial, o que resultou na sua identificação como transtorno de etiologia multicausal. No Brasil, estudos realizados por Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002) têm demonstrado que houve um aumento de 70% no número de pessoas classificadas como obesas, entre 1975 e 1989.

As conseqüências geradas pela obesidade também merecem atenção especial, Velásquez-Meléndez, Gazzinelli, Côrrea-Oliveira, Pimenta e Kac (2007) comprovaram que o excesso de peso está diretamente relacionado a doenças crônicas, como as cardiovasculares, patologias que atingem, atualmente, o maior índice de mortalidade. Outros danos causados por essa doença são os psicossociais, em virtude do estigma e da discriminação que indivíduos obesos sofrem (Teichmann, et al., 2006). Além disso, King, Shapiro, Helb, Singletary e Turner, (2006) e Shapiro, King e Quiñones (2007) apontam que esse preconceito contribui para o surgimento de psicopatologias, como depressão e transtornos ansiosos.

A importância do estudo dos transtornos alimentares e da obesidade está não somente no fato de sua alta incidência na sociedade moderna, mas também nos índices de mortalidade e morbidade relacionados a seu diagnóstico (Pitanga & Lessa, 2007; Pinheiro, et al., 2006). De acordo com dados da American Psychology Association - APA (2000), em um estudo de acompanhamento de pacientes, após 10 anos de diagnóstico dos transtornos alimentares, a mortalidade acompanha 10% dos casos e, após 20 anos, esse índice sobe para 20%.

Os números alarmantes das estatísticas referentes aos transtornos alimentares e à obesidade provocaram uma maior preocupação a respeito dessas patologias, com

grande interesse em sua etiologia. Porém, sabe-se que o surgimento dessas doenças não é unideterminado, ao contrário, é multicausal, tendo como base fatores socioculturais, biológicos e psicológicos (Gorgati, Holcberg & Oliveira, 2002; Dobrow, et al., 2002).

A seriedade e a complexidade dessas doenças demandam pesquisas e técnicas de intervenção ativas nessa área (Bighetti, Santos & Ribeiro, 2006; Wilson & Fairburn, 1993). Estudos recentes demonstram a eficiência das estratégias de *coping* como forma terapêutica em relação a diversas patologias, incluindo os transtornos alimentares e a obesidade. Assim, a população clínica tende a utilizar mais *coping* evitativas (Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra & Guedea, 2006), por exemplo, pacientes com transtornos alimentares (Rebelo & Leal, 2007) e com obesidade (Rydén, Karlsson, Persson & Sjöström, 2001) .

Fyer, Waller e Stenfert-kroese (1997) realizaram diversas pesquisas em pacientes com transtornos alimentares. Correlacionando a psicopatologia com *coping*, estresse e personalidade, verificaram que, nessa fase estressante e mal-adaptativa da vida, esses indivíduos apresentam fatores de personalidade neuroticismo e baixa adesão ao tratamento (Binford, 2003; Binford, Crosby, Mitchell, Mussell, Peterson & Crow, 2005; Gongora, van de Staak & Derksen, 2004), o que, por sua vez, pode ser ainda mais comprometedor e auxiliar no incremento dos índices de morbidade e mortalidade destes. Nesse sentido, este artigo pretende avaliar o uso diferencial de *coping* e o perfil psicológico de pacientes com transtornos alimentares (anorexia, bulimia e Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação) e com obesidade e da população geral.

***Coping* e Personalidade**

A relação entre saúde física, mental e *coping* é bastante abordada atualmente (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral-Fernández, 2006). Estudos comprovam que estratégias de *coping* desadaptadas podem contribuir para o desenvolvimento de doenças em geral, assim como para a manutenção destas (Jonge & Dormann, 2006; Schat, Kelloway & Desmarais, 2005). Mais especificamente, há evidências que o *coping* está associado a transtornos alimentares e à obesidade (Gregor, 2005; Griffith, Dubow & Ippolito, 2000; Galaif, Sussman, Chou & Wills, 2003).

A teoria transacional avalia as estratégias de *coping* como um processo de influência mútua entre pessoa e ambiente. Nessa perspectiva teórica, *coping* pode ser definido como a capacidade de o indivíduo enfrentar uma situação estressante, que excede seus próprios recursos, caracterizando um processo dinâmico (Compas, 1987; Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de *coping* podem variar, de acordo com seu foco, entre aquelas que buscam modificar o problema com o intuito de resolvê-lo – chamadas de estratégias de *coping* focadas no problema ou de aproximação – e aquelas que procuram transformar as emoções provocadas pelo problema – chamadas de estratégias focadas na emoção ou de evitativas (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

Outra forma de categorizar *coping* seria por meio do método utilizado como recurso para enfrentar o problema. Assim, podem-se classificar as respostas de *coping*, segundo o método, em respostas cognitivas – quando se utiliza esforços cognitivos para enfrentar a situação estressante – e respostas comportamentais – quando se usa esforços comportamentais, com a finalidade de solucionar a situação

estressante (Holahan, et al., 1996).

Moos (1993) procurou uma forma de vincular o foco ao método, para conceitualizar e mensurar as estratégias de enfrentamento, e construiu um questionário para avaliar esses dois conceitos do *coping*, o *Coping Response Inventory* - CRI (1993). O CRI distingue *coping* em respostas cognitivas e comportamentais, e também em estratégias de aproximação e de evitação. As primeiras estratégias empregam as respostas cognitivas e comportamentais como uma forma de solucionar o problema, como o *coping* focado no problema. Exemplos dessas estratégias são análise lógica, reavaliação positiva, apoio social e resolução do problema. As estratégias de evitação aplicam respostas cognitivas e comportamentais, com o intuito de evitar o problema, por meio da manipulação das emoções que o problema causa, sem enfrentar a situação estressante, semelhante ao *coping* focado na emoção. Por exemplo, evitação cognitiva, aceitação e resignação, busca de gratificação e descarga emocional.

O estilo de estratégias que determinada pessoa utiliza pode influenciar na manifestação de doenças como transtornos psiquiátricos, como citam Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003). Assim, ao vivenciar situações estressantes, os indivíduos podem desenvolver transtornos psiquiátricos, como estresse pós-traumático e sintomas depressivos e ansiosos, dependendo do estilo de *coping* utilizado. Portanto, pode-se avaliar a relação entre *coping* e saúde pela forma como as estratégias estão relacionadas ao bem-estar físico e mental (Blumenthal, Babyak, Carney, Keefe, Davis, LaCaille, Parekh, Freedland, Trulock & Palmer, 2006, Sorkin & Rook, 2006).

Demandas pessoais, como fatores da personalidade, podem influenciar a forma como as pessoas reagem a situações difíceis. Furtado, Falcone e Clark (2003) investigaram estresse e habilidade social em estudantes de medicina e constataram

que fatores da personalidade inadequados, como perfeccionismo ou comportamento obsessivo-compulsivo, interferem negativamente na maneira como esses estudantes enfrentam o estresse. Rowe (2006) desenvolveu uma pesquisa sobre estresse, *coping* e burnout, na qual conclui que a influência de construtos da personalidade adequados, como alto otimismo, possibilita que indivíduos utilizem diversas estratégias de *coping* em situações estressantes, conseqüentemente, isso diminui o aparecimento de burnout.

Os estudos que investigam a relação entre *coping* e fatores da personalidade averiguam esse processo em uma perspectiva dinâmica, contudo, considerando as influências que as diferenças individuais podem ter sobre a forma como os indivíduos enfrentam as situações de estresse vivenciadas (Costa, Sumerfield & McCrae, 1996; Tobin, 2004; Gongora, et al., 2004).

De acordo com Zanini (2003) indivíduos com alto nível de auto-estima e auto-eficácia, que atribuem às causas de seus problemas a si mesmos, que crêem que têm o controle do problema e têm uma maior autoconfiança, utilizam mais estratégias de *coping* de enfrentamento ativo, ou centradas no problema, e apresentam menos sintomas psicopatológicos que os demais (p. 83).

O modelo mais utilizado atualmente nas investigações de *coping* refere-se à Teoria dos Fatores da Personalidade ou dos Cinco Grandes Fatores (*Big Five*) denominados neuroticismo, extroversão, abertura, amabilidade e conscienciosidade (Nunes, 2005). A grande disseminação dos estudos baseados em tal teoria se deve à sua aplicabilidade a diferentes culturas e à fácil compreensão de seus conceitos (Tani, Greenman, Schneider & Fregoso, 2003; Ruiz & Jiménez, 2004). Além disso, a teoria do *Big Five* apresenta uma taxonomia das características de personalidade que

tem se mostrado válida em diferentes estudos, tanto para prever o nível de saúde dos indivíduos, como para prever o uso de *coping* (Costa & Widiger, 1993). Por exemplo, o neuroticismo parece preceder estratégias de enfrentamento, como descarga emocional, que, por sua vez, interfere no bem-estar do indivíduo (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

No Brasil, estudos que utilizaram o *Big Five* como medida de personalidade, demonstraram que é um critério confiável de avaliação das características individuais (Hutz & Nunes, 2001). De acordo com Nunes e Hutz (2007), pesquisas confirmam que fatores da personalidade, como instabilidade emocional, encontram-se presentes em sujeitos alcoolistas e que estão em tratamento psicoterápico.

Método

Participantes

Os dados deste estudo foram provenientes de amostra com 60 pacientes de uma clínica escola de psicologia de Goiânia (Go), após diagnóstico psiquiátrico e endocrinológico, 30 sujeitos com transtornos alimentares (27,5%) e 30 sujeitos com obesidade (27,5%). A população geral foi constituída de 49 sujeitos (45%), pré-selecionados em três instituições de ensino superior do mesmo município, sem diagnóstico de transtornos mentais, relatado através da auto referência, e com IMC entre 20 e 25 Kg/m², obtido através da medição dos sujeitos. A idade destes variou entre 17 e 59 anos, com média de 30,57 (DP = 11,314). A maioria dos sujeitos da amostra total era solteira (56%), naturais de Goiânia (36,7%), cursa o ensino superior (61,5%) e possui índice de massa corpórea média de 26,95 kg/m² (DP = 9,288).

Instrumentos

Foram utilizados para este estudo uma escala versão brasileira experimental para avaliação da personalidade baseada na teoria do *Big Five*, o *Coping Response Inventory – Adult Form* (CRI - A) e o *Eating Attitudes Test* (EAT-26).

A escala da personalidade foi utilizada para avaliar dois fatores: neuroticismo e extroversão da amostra deste estudo. Paralelamente, realizou-se a caracterização da medida para que se pudesse utilizá-la. Este teste foi baseado no *Inventário Fatorial da Personalidade* criado por Pasquali, Azevedo e Ghesti (1997), que avalia 15 características psicológicas.

Os fatores subdividem-se em 25 frases que possuem escalas *Likert*, as quais variam de 1 (extremamente incharacterística) a 5 (extremamente característica). Os itens foram precedidos por um parágrafo que solicitava aos participantes que expressassem o seu grau de concordância com cada uma das afirmações contidas na escala. Para esse estudo, foi realizada uma análise exploratória, a fim de se investigar o valor discriminativo da escala de personalidade, seguindo os procedimentos para a construção e a elaboração de instrumentos de avaliação de construtos psicológicos (Dessen, 2005; Tróccoli, Vasconcelos, Araújo & Meió, 2001). Avaliaram-se as agrupações derivadas da análise fatorial dos itens identificados, teórica e metodologicamente, como dois fatores: extroversão e neuroticismo. A validação da escala de personalidade foi realizada por intermédio do programa SPSS 13.0, através da análise fatorial. Inicialmente utilizou-se a análise de PC (Principal Components) com rotação varimax, eigenvalues superior a 1,4 e carga fatorial mínima de 0,40 para inclusão dos itens. Verificou-se a fatorabilidade dos dados disponíveis ($KMO = 0,70$; comunalidades variando de 0,26 a 0,67); os resultados desta análise inicial demonstraram a estrutura fatorial composta por cinco fatores.

Reproduziu-se a análise fatorial empregando-se o método PAF (Principal Axis Factoring) com rotação oblíqua (método oblíquo). Foi estipulado o critério de carga fatorial mínima 0,40 e eigenvalues superior a 1,4. Os itens que não adquiriram a carga fatorial estipulada foram excluídos. Dessa forma, os fatores que apresentam melhores valores estatísticos foram neuroticismo e extroversão, por isso serão abordados neste estudo.

Para avaliar as estratégias de *coping*, empregou-se o *Coping Response Inventory Adult Form* (CRI – A), de Moos (1993). Esse inventário mensura oito tipos de estratégias de *coping*, que se agrupam em três partes:

1ª) o sujeito descreve uma situação estressante que vivenciou nos últimos 12 meses;

2ª) o sujeito avalia 10 perguntas sobre os seguintes temas: experiência prévia, prejuízos, e responsabilidade do evento estressante;

3ª) o sujeito responde a 48 perguntas sobre comportamentos, que utiliza ao enfrentar um problema; essas perguntas são respondidas de acordo com quatro alternativas, que se agrupam posteriormente, por meio da adição direta dos itens em oito escalas de estratégias de *coping*.

O foco do CRI – A é avaliar as estratégias de *coping* de aproximação e de evitação utilizadas em situações estressantes. Ou seja, visa medir os esforços cognitivos e comportamentais dos indivíduos ao enfrentarem um problema (Moos, 1993).

Como instrumento para avaliar comportamentos e atitudes alimentares próprias de pessoas que sofrem de transtornos alimentares, foi utilizado o *Eating Attitudes Test* (EAT-26). Este serviu para diferenciar pacientes com transtornos alimentares e com obesidade, da população geral (Cordás & Neves, 2000). A versão aqui utilizada

será a resumida, que contém 26 itens, divididos em três escalas: da dieta, de comportamentos bulímicos e preocupação com os alimentos e de controle oral (Freitas, Gorenstein & Appolinario, 2002).

Os itens são pontuados por meio de uma escala de 0 a 3, em que as respostas “sempre”, “muitas vezes” e “às vezes pontuam” 3, 2 e 1, respectivamente, mas as respostas “poucas vezes”, “quase nunca” e “nunca” não conferem pontuação. Houve exceção no item 25, cuja escala é invertida. Dessa forma, os indivíduos que atingem pontuação acima de 21 são classificados como indivíduos com distúrbio alimentar (Nunes et al. , 2006).

Procedimento

Mediante contato com médicos psiquiatras e endocrinologistas, solicitou-se o encaminhamento de pessoas que atendessem aos critérios diagnósticos para transtornos alimentares (anorexia, bulimia ou TASOE) e para obesidade ao serviço de psicologia de uma clínica escola de Goiânia (Go). Uma vez feito o primeiro contato com os pacientes encaminhados e obtida a sua aprovação para a pesquisa, realizavam-se a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo), para que fossem permitidos, além da coleta de dados, o estudo científico e a publicação final do trabalho. A todos os participantes do estudo foi garantido a anonimidade, assim como a possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento do processo, sem que sofressem dano algum. Também lhes foi oferecida a possibilidade de maiores explicações acerca do estudo em andamento, a qualquer momento, por meio de contato com a pesquisadora responsável.

Para este estudo, realizaram-se dois encontros individuais, de aproximadamente 50 minutos cada, com cada participante, nas próprias instalações da clínica escola.

No primeiro encontro, foi aplicada a escala de personalidade e, no segundo, aplicaram-se os demais instrumentos.

Para a coleta de dados com a amostra da população geral foi realizado o contato com instituições de ensino superior e, uma vez obtida a autorização para realizar a pesquisa, fez-se o contato com os participantes, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e procedeu-se a aplicação dos questionários. Estes foram aplicados em dois momentos de 50 minutos cada, na própria sala de aula do participante, em situação coletiva. Também lhes foram assegurados todos os procedimentos éticos, conforme especificação do Conselho de Ética.

Resultados

Neste trabalho a análise dos dados foi realizada por meio do pacote estatístico para Windows SPSS versão 13.0.

Personalidade X População

Foi utilizada uma ANOVA para verificar se havia diferença entre os fatores neuroticismo e extroversão dos pacientes com transtorno alimentar e com obesidade e os da população geral. Apesar de verificar uma maior pontuação na escala de neuroticismo e extroversão na amostra de obesidade, as diferenças não foram significativas, como consta na tabela 2. Isso pode ter sido influenciado pelo número abreviado da amostra clínica.

TABELA 2. Descritivos e comparação de média entre fatores da personalidade por tipo de população.

Fatores da Personalidade	População					
	Transtornos Alimentares		Obesidade		Não Clínica	
	M*	DP**	M*	DP**	M*	DP**
Extroversão	1,31	,293	1,44	,355	1,30	,409
Neuroticismo	1,58	,656	1,68	,657	1,30	,608
Extroversão	F = 1,47; p= ,234					
Neuroticismo	F = 1,77; p= ,176					

*Médias

**Desvio Padrão

Estratégias de *Coping* X População

Para avaliar o uso diferencial de estratégias de *coping* entre a amostra – transtornos alimentares, obesidade e população geral –, utilizou-se a ANOVA (*coping* X população). Observou-se uma diferença não significativa entre a amostra para descarga emocional (F= 1,65 e p= ,197) entre os grupos. As médias e os desvios-padrão variaram entre M = 10,03 e DF = 4,07 em transtornos alimentares; M = 9,00 e DF = 3,89 em obesos; e M = 8,52 e DF = 3,07 na população geral.

Atitudes Alimentares X População

Para avaliar as atitudes alimentares, aplicou-se o *Eating Attitudes Test* (EAT – 26) na sua forma reduzida, e, posteriormente, foi conduzida uma ANOVA (EAT – 26 X população), o que possibilitou a verificação de uma diferença significativa nas médias deste instrumento (F = 42,56 e p = ,000), segundo o tipo de amostra:

transtornos alimentares ($M = 31,77$ e $DP = 12,23$), obesidade ($M = 22,80$ e $DP = 8,96$) e população geral ($M = 11,87$ e $DP = 6,90$). Lembrando que, segundo os critérios de correção do teste, quando os escores apontam uma média maior ou igual a 21, indica-se a presença de padrões alimentares atípicos (Nunes et al., 2006). Dessa forma, verifica-se um padrão alimentar atípico para os participantes diagnosticados com transtorno alimentar e com obesidade, quando comparados com a população geral, o que reafirma a validade de *screening* psicopatológico do teste para os transtornos alimentares e para a obesidade em comparação ao teste da população geral.

Em uma análise mais detalhada por escalas, percebe-se que essa diferença ocorre nas escalas da dieta e de preocupação com os alimentos e bulimia, em que as médias foram maiores na população clínica, conforme demonstrado na tabela 3. Porém, na escala do controle oral, a maior média observada foi em pacientes com transtornos alimentares, comparados com obesos e com a população geral, também retratada na tabela 3, a seguir.

TABELA 3. Descritivos e comparação de média entre atitudes alimentares por tipo de população.

Escalas EAT – 26	População					
	Transtornos Alimentares		Obesidade		Geral	
	M*	DP**	M*	DP**	M*	DP**
Dieta	19,73	10,00	14,03	6,12	6,61	5,24
Preocupação com os alimentos e Bulimia	5,73	3,24	4,97	3,00	1,84	2,09
Controle Oral	6,30	3,77	3,80	3,35	3,50	2,19
Dieta	F = 31,94; p = ,000					
Preocupação com os alimentos e Bulimia	F = 23,06; p = ,000					
Controle Oral	F = 10,21; p = ,000					

*Médias

**Desvio Padrão

EAT – 26 X CRI – A X *Big Five*

Para avaliar a relação entre atitudes alimentares, estratégias de *coping* e perfil psicológico, utilizou-se a correlação bivariada de Pearson, que demonstrou correlações significativas, apresentadas na tabela 4, a seguir.

TABELA 4. Correlação de Pearson entre *coping*, atitudes alimentares e perfil psicológico.

Variáveis	EAT-26	Extroversão	Neuroticismo
Análise lógica	,041	,149	-,038
Reavaliação positiva	-,115	,259**	-,151
Apoio social	,063	,210*	-,158
Resolução do problema	-,008	,124	-,124
Evitação cognitiva	,113	-,160	,005
Aceitação resignação	,104	-,023	,173
Busca de gratificação	-,134	,287**	-,213*
Descarga emocional	,219*	,042	,062
Neuroticismo	,204*	-,112	-----
Extroversão	-,058	-----	-,112

*Correlação significativa a 0,05 (2-tailed)

**Correlação significativa a 0,01 (2-tailed)

De acordo com a tabela 4 verifica-se a relação entre a estratégia de *coping* evitativa busca de gratificação e os fatores extroversão e neuroticismo. Como também a correlação entre a estratégia descarga emocional, o fator neuroticismo com a alta pontuação no EAT – 26.

Para avaliar se a relação existente entre o perfil psicológico (neuroticismo), a estratégia de *coping* (descarga emocional) e as atitudes alimentares se dá em níveis explicativos, foi conduzida uma regressão linear, cuja variável dependente foram a pontuação geral no EAT-26 e os fatores neuroticismo e descarga emocional. Os dados estão demonstrados na tabela 5, a seguir.

TABELA 5. Regressão linear entre atitude alimentar*, *coping* e personalidade.

	Beta	T	p
Neuroticismo	,192	2,022	,046
Descarga Emocional	,207	2,183	,031
Coefficiente de Regressão	R = ,291		
Variância Explicada	R ² = ,085; R ² _{Ajustado} = ,067		
Teste Estatístico	F = 4,708; p = ,011		

*EAT-26: variável dependente

Conforme pode se observar na tabela 5, os indivíduos que apresentam traço de personalidade neuroticismo e fazem uso da descarga emocional para enfrentar seus problemas, possuem mais atitudes alimentares inadequadas, o que os caracteriza como portadores de distúrbios alimentares, segundo a classificação do EAT-26.

Discussão

De acordo com os dados obtidos na comparação de média entre a escala de personalidade e a população (geral X clínica), não existe uma diferença significativa no perfil psicológico dos participantes da pesquisa, em relação aos fatores neuroticismo e extroversão. Apesar de diversos estudos apontarem uma associação entre uma maior pontuação em neuroticismo e diferentes populações clínicas (Costa & McCrae, 1996), na pesquisa presente tal diferença não foi percebida.

Além disso, os dados demonstraram que os pacientes diagnosticados com transtornos alimentares e com obesidade não apresentam diferenças significativas entre o uso de estratégias de *coping*, quando comparados com a população geral. Estudos demonstram que pacientes com transtornos mentais, ou com alguma

patologia referida, tendem a apresentar, significativamente, mais estratégias de *coping* evitativas que a população geral (Zanini, 2003; Gregor, 2005; Tobin, 2004).

No entanto, as diferenças entre as médias encontradas neste estudo foram mínimas e não significativas, estatisticamente. Pode-se postular que o tamanho reduzido da amostra clínica utilizada tenha contribuído para minimizar o efeito estatístico dessa diferença entre grupos. Contudo, vale ressaltar também que, apesar de pouco significativa a variância entre a amostra, observou-se que pacientes com transtornos alimentares e com obesidade utilizam mais a estratégia de *coping* descarga emocional que a população geral. Esse dado confirma os achados de estudos anteriores (Zanini, 2003; Moos, 1993; Sheiffge-Krenke, 2000), que demonstram uma forte associação entre descarregar emocionalmente os sentimentos quando do enfrentamento de um problema e sua maior repercussão na saúde mental.

Por outro lado, a avaliação da amostra em resposta ao instrumento EAT – 26 demonstra boa adequação do instrumento como medida avaliativa de transtorno alimentar e de obesidade. O presente estudo demonstrou que sujeitos da população geral apresentaram pontuações significativamente mais baixas no EAT – 26 que pacientes com diagnóstico de transtorno alimentar e de obesidade. Isso confirma a aplicabilidade deste teste e seu valor discriminativo em termos de diagnóstico de tais transtornos, conforme já mencionado em estudos anteriores (Bighetti, 2003; Nunes, 2005). Isso justifica o fato de este ter se tornado o teste mais utilizado para avaliação de transtornos alimentares, devido sua fácil aplicabilidade e diagnóstico, o que favorece a descoberta das patologias, possibilitando uma melhor intervenção em períodos ainda precoces do transtorno (Bighetti, 2003).

Por último cabe, ressaltar que os transtornos alimentares parecem ser influenciados por fatores de personalidade, tais como o neuroticismo, e por formas

de enfrentamento a problemas, tais como descarga emocional. Isso sugere que indivíduos inseguros, com labilidade emocional, irritadiços, nervosos, com dificuldade para lidar com estresses e que, ao enfrentarem problemas, tendem a descarregar emocionalmente seus sentimentos, com o objetivo de diminuir a ansiedade causada pelo problema, mas não direcionando ações para a sua resolução, tendem a desenvolver mais transtornos alimentares e obesidade que a população geral. Esse dado sugere a necessidade de avaliação deste perfil psicológico e de enfrentamento a problema como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas psicológicos no geral, conforme demonstra Zanini (2003), e para o desenvolvimento de transtornos alimentares, mais especificamente conforme demonstrado neste estudo.

De acordo com o objetivo geral deste trabalho, observou-se que pacientes com transtornos alimentares e com obesidade apresentam um perfil psicológico e o uso de estratégias de *coping* desadaptados em medidas diferentes daquelas utilizadas pela população geral.

Assim, pode-se postular a necessidade de que as intervenções psicológicas orientadas para o atendimento dessa população direcionem suas metas para o desenvolvimento de habilidades de *coping* que permitam ampliar o repertório comportamental referente às formas de enfrentamento a problemas e possam gerar mudanças nas formas de percepção e relação com o meio, assim como maior assertividade e demais características pessoais que busquem fomentar maior autocontrole emocional e auto-confiança como estratégias de ampliação de repertório comportamental para combater às características do traço de personalidade neuroticismo.

Além disso, estudos posteriores devem ser conduzidos com um número maior de sujeitos com diagnósticos e com distinção dos tipos de transtornos alimentares, a fim de avaliar uma possível variação no uso de *coping* e perfil de personalidade, em função do tipo de transtorno alimentar diagnosticado.

Referências Bibliográficas

- Afonso, F. M., & Sichieri, R. (2002). Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do município do Rio de Janeiro, RJ. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2, 153-163.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. New York, NY: Holt.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV-TR*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatric Association (2002). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1-39.
- Ballone, G. J. (2005a). *Transtornos Alimentares*. Retirado no dia 20/08/2005, do website <http://www.psiqweb.med.br/>
- Ballone, G. J. (2005b). *Obesidade*. Retirado no dia 20/08/2005, do website <http://www.psiqweb.med.br/>
- Bighetti, F. (2003). *Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP*. Dissertação de

Mestrado não publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Bighetti, F., Santos, J. E. & Ribeiro R. P. P. (2006). Grupo de orientação clínico-nutricional a familiares de portadores de transtornos alimentares: uma experiência “GRATA”. *Medicina Ribeirão Preto*, 39, 410-414.

Binford, R. B. (2003). Implementation and predictive capacity of CBT Coping in individuals with bulimia nervosa. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Minnesota, Estados Unidos.

Binford, R. B., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Mussell, M. P., Peterson, C. B., & Crow, S. J. (2005). Coping Strategies in Bulimia Nervosa Treatment: Impact on Outcome in Group Cognitive–Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1089-1096.

Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Carney, R. M., Keefe, F. J., Davis, R. D., LaCaille, R., Parekh, P. I., Freedland, K. E., Trulock, E., & Palmer, S. M. (2006). Telephone-based coping skills training for patients awaiting lung transplantation: The INSPIRE study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 535-544.

Busse, S. R. (2004). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Barueri: Manole.

Campos, A. L. R. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*, 29, 129-133.

Campuzano, M. L. R., & Martinez, L. F. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 15, 169-185.

- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*, 39-46.
- Cattell, R. B., Saunders, D., R., & Stice, G. F. (1950). *The 16 personality factor questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Cercato, C., Mancini, M. C., Arguello, A. M. C., Passos, V. Q., Villares, S. M. F., & Halpern, A. (2004). Systemic Hypertension, Diabetes Mellitus, and Dyslipidemia in Relation to Body Mass Index: Evaluation of a Brazilian population. *Revista do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, 59*, 113-118.
- Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista de Psiquiatria, 24I*, 7-12.
- Claudino, A. M., & Zanella, M. T. (2005). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Barueri: Manole.
- Compas, B. E. (1987). Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin, 101*, 393-403.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*, 1080-1107.
- Cordás, T. A., & Neves, J. E. P. (2000). Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Em C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.),

- Escalas de avaliação em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 345-347). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Cordás, T. A., & Weinberg, C. (2002). Santas anoréxicas na História do Ocidente: o caso de Santa Maria Madalena de Pazzi. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 157-158.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 154-157.
- Cordás, T. A. (2005). Obesidade e distúrbios Alimentares. *Psiquiatria: A Nova Realidade*, 1, 7-19.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and Health. En L. Pervin (Ed.). *Handbook of personality theory and research*. London: Guilford Press.
- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (1993). Introduction. Em P. T. Costa & T. A. Widiger (Orgs.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 1-10). Whashington, DC: American Psychological Association.
- Delaney, J. L. (2004). *Binge eating disorders: A psychosocial perspective*. Dissertação de Mestrado não publicada, California State University, Long Beach.
- Dessen, M. C. (2005). Bem-estar pessoal nas organizações: o impacto de configurações de poder e características de personalidade. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

- Dobrow, I. J., Kamenetz, C. & Devlin, M. J. (2002). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67.
- Eggers, C., & Liebers, V. (2005). Quero mais. *Psicologia Viver Mente&Cérebro*, 152, 48-55.
- Eysenck, H. J. (1991). Personality, stress, and disease: An interactionist perspective. *Psychological Inquiry*, 2, 221-232.
- Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming Binge Eating*. New York: The Guilford Press.
- França, R. (2004). Um país que come pior e está mais gordo. *Revista Veja*, 1885, 2004.
- Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria*, 24, 34-38.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (2004). *Teorias da Personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna*. São Paulo: Pratiche Hall.
- Furtado, E. S., Falcone, E. M. O., & Clark, C. (2003). Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, 7, 43-51.
- Fyer, S., Waller, G., & Stenfert-Kroese, B. (1997). Stress, Coping and Disturbed Eating Attitudes in Teenage Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 427-436.

- Galaif, E. R., Sussman, S., Chou, C., & Wills, T. A. (2003). Longitudinal relations among depression, stress, and coping in risk youth. *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 243-258.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "Description of Personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1216-1229.
- Gómez-Fraguela, J. A. Luengo-Martín, A. Romero-Triñanes, E. Villar-Torres P. & Sobral-Fernández, J. (2006). Estratégias de enfrentamento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 581-597.
- Gongora, V. C., van de Staak, C. P. F., & Derksen, J. J. L. (2004). Personality Disorders, Depression and Coping Styles in the Argentinean Bulimic Patients. *Journal of Personality Disorders, 18*, 272-285.
- Gorgati, S. B., Holcberg, A. S. & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem Psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*, 44-48.
- Gregor, M. M. (2005). *The effect of acceptance and nonacceptance based coping strategies on symptom severity in the Eating Attitudes Test (EAT)*. Tese de Doutorado não publicada, Faculty of the Chicago School of Professional Psychology, Chicago.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F., & Ippolito, M. F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescent's coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence, 29*, 183-197.

- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*, 301-308.
- Hay, P. J. (2002). Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista de Psiquiatria*, *24*, 13-17.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). *Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualization adaptive functioning*. Em M. Zeidner & N. S. Endler, (Orgs.), *Handbook of Coping: theory, research, applications* (pp. 24-43). New York- EUA: John Wiley & Sons.
- Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala fatorial de neuroticismo*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Jonge, J., & Dormann, C. (2006). Stressors, Resources, and Strain at Work: A Longitudinal Test of the Triple-Match Principle. *Journal of Applied Psychology*, *91*, 1359-1374.
- Jung, C. G. (2003). *Tipos Psicológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- King, E. B., Shapiro, J. R., Hebl, M. R., Singletary, S. L., & Truner, S. (2006). The Stigma of Obesity in Customer Service: A Mechanism for Remediation and Bottom-Line Consequences of Interpersonal Discrimination. *Journal of Applied*

Psychology, 91, 579-593.

Krzemien, D., Monchietti, A., & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento Activo y Adaptación al Envejecimiento en Mujeres de la Ciudad de Mar Del Plata: una Revisión de la Estrategia de Autodeistraccion. *Interdisciplinaria, 22*, 183-210.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Moos, R. H. (1993). *Coping Response Inventory Adult Form – Professional Manual*. Odessa, Flórida: PAR Psychological Assessment Resources, Inc.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria RS, 25*, 65-74.

Martins, F. C. O., & Sassi Júnior, E. (2004). A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*, 161-163.

Martins, I. S., Gomes, A. D., & Pasini, V. (1989). Níveis lipêmicos e alguns fatores de risco de doenças cardiovasculares em população do município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista de Saúde Pública de São Paulo, 23*, 26-38.

Magalhães, V. C., & Mendonça, S. (2005). Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 8*, 236-245.

Mendonça, C. P., & Anjos, L. A. (2004). Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no

- Brasil. *Caderno. Saúde Pública*, 20, 698-709.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-216.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 574-583.
- Nunes, M. A. A., Apolinário, J. C., Abuchaim, A. L. G., & Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, C. H. S. S. (2005). Construção, normatização e validação das escalas de socialização e extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores. Tese de Doutorado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2007). Construção e validação da escala fatorial de socialização no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 20-25.
- Orth-Gomér, K., Wamala, S. P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., & Mittleman, M. A. (2000). Marital Stress Worsens Prognosis in Women With Coronary Heart Disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of the American Medical Association*, 284, 3008-3014.
- Organização Mundial de Saúde (1993a). Classificação Internacional de Doenças. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à*

- Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (1993b). *Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasquali, L., Azevedo, A. M., & Ghesti, I. (1997). *Manual Técnico do Inventário Fatorial de Personalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 135-143.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). *Personalidade: teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.
- Pinheiro, A. P., Sullivan, P. F., Bacaltchuck, J., Prado-Lima, P. A. S., & Bulik, C. M. (2006). Genética em transtornos alimentares: ampliando os horizontes de pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 218-225.
- Pitanga, F. J. G., & Lessa, I. (2007). Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronário em adultos na cidade de Salvador. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10, 239-248.
- Rafferty, A. E., & Griffin, M. A. (2006). Perceptions of Organizational Change: A Stress and Coping Perspective. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1154-1162.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Fatores de Personalidade e Comportamento Alimentar em Mulheres Portuguesas com Obesidade Mórbida: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*, 3, 467-477.

- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. *Journal of the American Medical Association*, *233*, 872-877.
- Rowe, M. M. (2006). Four-year Longitudinal Study of Behavioral Changes in Coping With Stress. *American Journal Health Behavior*, *30*, 602-612.
- Ruiz, V. M., & Jiménez, J. A. (2004). Estructura de la personalidad: Ortogonalidad versus oblicuidad. *Anales de Psicología*, *20*, 1-13.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia Nervosa: on Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, *9*, 429-448.
- Rydén, A., Karlsson, J., Persson, L., & Sjöström, L. (2001). Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *Journal of Clinical Psychology*, *40*, 177-188.
- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, *26*, 2-9.
- Schat, A. C. H., Kelloway, E. K., & Desmarais, S. (2005). The Physical Questionnaire (PHQ): Construct Validation of a Self-Report Scale of Somatic Symptoms. *Journal of Occupational Health Psychology*, *10*, 363-381.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *17*, 225-234.

- Shapiro, J. R., King, E. B., & Quiñones, M. A. (2007). Expectations of Obese Trainees: How Stigmatized Trainee Characteristics Influence Training Effectiveness. *Journal of Applied Psychology, 92*, 239-249.
- Sheiffege-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescents symptomatology. *Journal of Adolescence, 23*, 675-691.
- Silva, J. A. C. (2005). Obesidade e distúrbios alimentares. *Psiquiatra: A Nova Realidade, 1*, 20-22.
- Sorkin, D. H., & Rook, K. S. (2006). Dealing With Negative Social Exchanges in Later Life: Coping Response, Goals, and Effectiveness. *Psychology and Aging, 21*, 715-725.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw H., & Rohde P. (2005). Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset in Adolescent Girls: A Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 195-202.
- Tani, F., Greenman, P. S., Schneider, B. H., & Fregoso, M. (2003). Bullying and the Big Five: A study of childhood personality and participant roles in bullying incidents. *School Psychology International, 24*, 131-146.
- Teichmann, L., Olinto, M. T. A., Costa, J. S. D., & Ziegler, D. (2006). Fatores de risco associados ao sobrepeso e à obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 9*, 360-373.
- Thomas, N. K. (2004). Issues in Graduate Medical Education: Resident Burnout. *Journal of the American Medical Association, 292*, 2880-2889.

- Tobin, D. L. (2004). *Terapia de Estratégias para Combater a Bulimia Nervosa*. São Paulo: Roca.
- Tróccoli, B. T., Vasconcelos, T. S., Araújo R. M., & Meição, C. (2001). Inventário Reduzido dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade [Resumo]. Em Universidade Federal da Bahia (Org.), *Anais do II Congresso Norte Nordeste de Psicologia*. Salvador: UFBA.
- Velásquez-Meléndez, G., Gazzinelli, A., Côrrea-Oliveira, R., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2007). Prevalence of Metabolic Syndrome in a Rural Área of Brazil. *São Paulo Medical Journal*, 125, 155-162.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. (1993). Cognitive Treatments for Eating Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.
- Yan, L. L., Liu, K., Matthews, K. A., Daviglius, M. L., Ferguson, T. F., & Kiefe, C. I. (2003). Psychosocial Factors and Risk of Hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 290, 2138-2148.
- Zanini, D. S. (2003). *Coping: influencia de la personalidad y repercusiones en la salud mental de los adolescentes*. Tese de Doutorado não publicada, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Zanini, D. S., Forns, M., & Kirchner, T. (2005). *Estrategias de Afrontamento: Implicación en la salud mental de los adolescentes catalanes*. Retirado no dia 17/11/2005, do website <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2003/9908>

Anexo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada: *Coping* e Personalidade em Indivíduos com e sem Diagnóstico de Transtornos Alimentares e Obesidade. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma das vias é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Renata Tomaz nos telefones: (62) 3942-3622 / (62) 8409-8759.

Informações sobre a pesquisa

A pesquisa de mestrado será realizada na Clínica Vida residente na rua Colônia, Qd. 240 C, Chácaras 28 e 29, Jardim Novo Mundo, Goiânia – Goiás, Telefone: (62) 3946.1808. Com o objetivo de aprimorar o conhecimento a respeito de Personalidade e *Coping* em Indivíduos com e sem Diagnóstico de Transtornos Alimentares e Obesidade. Para participar da pesquisa pedimos-lhe que responda três testes, nos quais utilizarão lápis e papel.

Durante todo processo você será acompanhado pela pesquisadora e, indiretamente pela orientadora da pesquisa, que estarão à inteira disposição para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento do curso da pesquisa.

Este trabalho não oferece qualquer risco, prejuízo, desconforto ou lesão, podendo você desistir de sua colaboração a qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento.

Os resultados desta pesquisa serão publicados bem como apresentados em eventos e atividades científicas, sempre com sigilo e privacidade de seus participantes.

Agradecemos antecipadamente sua colaboração.

Psi. Renata Tomaz

Responsável – CRP: 09/3477

Prof. Dra. Daniela Zanini Pesquisadora

Orientadora

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu _____, RG: _____

CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: *Coping* Personalidade em Indivíduos com e sem diagnóstico de Transtornos Alimentares e Obesidade. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Renata Tomaz sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como aos possíveis riscos e benefícios de minha participação. Assim mesmo, foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Goiânia, _____.

Assinatura do participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores).

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____