

## PROPOSIÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA PACIENTES COM TRANSTORNO ALIMENTAR

**Angela Nogueira Neves Betanho Campana**

Universidade Sagrado Coração, Bauru, São Paulo, Brasil

**Gisele Cerqueira Cumming Rodrigues**

Movimento Centro de Estudos e Terapias, Campinas, São Paulo, Brasil

**Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares**

Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil

### Resumo

Este artigo relata a proposição e implantação de um programa de exercícios físicos para as pacientes com transtorno alimentar do Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas da Unicamp. O programa teve a duração de 4 meses. A frequência foi de 2 dias na semana, duração da sessão de 35 a 50 minutos em intensidade leve. As participantes do estudo foram pacientes entre 13 e 26 anos. Do planejamento inicial, baseado em guias internacionais, criou-se um novo formato de intervenção, mantendo adequados os níveis de intensidade, duração e frequência, mas focando-se também no desenvolvimento da Imagem Corporal. A experiência permitiu conhecer melhor as necessidades das pacientes e nos forneceu dados para o planejamento de futuras intervenções.

**Palavras-chave:** Exercício. Transtornos da Alimentação. Projetos Piloto.

### Introdução

O exercício físico em excesso tem sido descrito como um método compensatório na dinâmica dos transtornos alimentares (MOND et al., 2006). É usado com mais frequência por pessoas diagnosticadas com Anorexia nervosa como forma de controle de peso (MOND et al., 2004). Está também descrito na quarta versão do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV – APA; 1994) como um comportamento compensatório de controle do peso corporal na Bulimia nervosa, tendo neste quadro clínico igual importância.

Devido à observação, em modelos animais, de que mudanças neuroquímicas desencadeadas pelo exercício reforçavam os comportamentos de restrição alimentar e a continuidade da prática de exercícios físicos, desde metade do século XX, adotou-se como conduta clínica a restrição total de exercícios físicos em pessoas com Anorexia Nervosa.

sa, reforçada por posteriores evidências científicas (DAVIS et al., 1994; DAVIS et al., 1995, DAVIS et al., 1997). Os conhecidos benefícios do exercício físico nos estados de humor, no aumento da autoestima, na queda dos estados de ansiedade e isolamento social (CARRON; HAUSENBLAS; MACK, 1996; HAUSENBLAS; COOK; CHITTESTER, 2008), por sua vez, estimularam descobertas a respeito de efeitos positivos da prática de atividade física no curso de tratamento dos transtornos alimentares (TOUYS et al., 1984; TOKUMURA et al., 2003; DUESUND; SKÅDERUD, 2003).

Na Bulimia Nervosa, a restrição da atividade física se justificava não pelo risco de baixo peso, mas pela interação que a atividade física tem com as funções renais (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002). Há considerações sobre a interação do comer compulsivo e a prática orientada de exercícios e indícios de que estes últimos provocam diminuição dos episódios de comer compulsivo, que podem ocorrer tanto no Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico (LEVINE; MARCUS; MOULTON, 1996; PENDLETON et al., 2002) quanto na Bulimia Nervosa (SUNDGOT-BORGEN et al., 2002).

As evidências sobre o uso e efeito terapêutico positivo da atividade física levou à parceria estabelecida entre a Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (FEF/Unicamp) e o Ambulatório de Transtornos Alimentares do Hospital de Clínicas da Unicamp. A busca dos profissionais estava em criar um programa de exercícios físicos que propiciasse experiências corporais significativas. O objetivo deste artigo é relatar o planejamento, implantação e os resultados de um programa piloto de exercícios físicos adaptados.

### **Decisões metodológicas para a implantação do programa piloto**

Nossa seção de métodos aborda de forma distinta as três etapas fundamentais percorridas para o oferecimento do programa piloto: seu planejamento, a forma de avaliação e sua implantação.

O programa foi desenvolvido com metodologia participativa e esteve de acordo com a legislação 196/96, tendo início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (pareceres 737/2007 e 980/2007).

## Planejamento do programa piloto

A primeira etapa do planejamento do programa, um ano antes de sua implantação, foi a inserção de uma das pesquisadoras nas reuniões clínicas do Ambulatório de Transtornos Alimentares, para o conhecimento dos detalhes do quadro clínico e condutas de tratamento das futuras participantes do programa piloto.

Paralelamente, fizemos uma pesquisa procurando determinar quais eram as experiências corporais e as expectativas da pacientes do Ambulatório em relação a atividade física. Atividades como natação, yoga, ginásticas diversas, musculação, relaxamento, alongamento, caminhada e brincadeiras de criança se destacaram. Entre as expectativas, a vontade de se sentir bem estar foi preponderante (CUMMING et al., 2009).

Em seguida, conduzimos uma revisão na literatura à procura de diretrizes internacionais e nacionais para a condução desse tipo de atividade. No material levantado, destacou-se a pesquisa de Thien et al.(2000) cujas orientações foram usadas para determinar frequência e intensidade das sessões. O protocolo de Thien et al. (2000) gradua o nível de exercício físico de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) e %Gordura (%G). O protocolo trabalha com sete níveis de intensidade, sendo o nível 1 constituído de exercícios de alongamento, três vezes por semana, indicado para os que estão abaixo de 75% do IMC ideal e abaixo de 19% de massa de gordura. O último nível é indicado para os que estão no IMC ideal ou que estão com 25% de massa de gordura, incluindo alongamento, exercícios resistidos e atividades cardiovasculares de baixo impacto três vezes na semana. O protocolo foi testado no referido estudo, durante 3 meses, com frequência de 2 a 3 vezes por semana. A cada encontro era medido o peso e percentual de gordura. Participaram do estudo 16 pacientes (15 mulheres e 1 homem) com Anorexia Nervosa, divididos entre grupo controle e de teste. Apenas 12 sujeitos concluíram os três meses de atividade. Foi possível concluir que nos 3 meses de experimento, o IMC e %G aumentaram sem diferenças significativas entre os grupos, e que o grupo experimental apresentou melhor qualidade de vida, medido pelo SF-36, contrastando com a queda dos índices de qualidade de vida do grupo controle.

No final do primeiro ano de planejamento, pudemos determinar as linhas gerais do programa, ou seja, a frequência, intensidade, duração

e quais atividades seriam desenvolvidas no nosso programa piloto. Para as pacientes diagnosticadas com Anorexia Nervosa e TANE (com índice de massa corporal abaixo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>) as sessões tinham intensidade leve (até 4,7 METs) e para as pacientes diagnosticadas com Bulimia Nervosa e TANE (com índice de massa corporal acima de 18,5 kg/m<sup>2</sup>) foram propostas atividades leves a moderadas (até 7 METs). A escala de Borg foi adotada para avaliar a intensidade das atividades oferecidas pelas participantes. As sessões seriam oferecidas duas vezes por semana, uma coincidindo com o do atendimento do Ambulatório e outra no sábado, por ser dia livre escolar e de trabalho.

### Avaliação do programa piloto

A última etapa do planejamento recaía sobre a avaliação do programa piloto. Esta seria feita por dois parâmetros distintos: o primeiro focado nos seus efeitos sobre a saúde das pacientes e o segundo, focado nas percepções das pacientes sobre o programa.

Para o primeiro parâmetro, escolhemos analisar variáveis antropométricas das pacientes - peso, IMC e %G. Usamos como instrumentos estadiômetro – adotando o plano de Frankfurt - e uma balança clínica para avaliação da altura e massa corporal e posterior cálculo do IMC. Para o cálculo do %G utilizamos plicômetro científico Harpenden e protocolo de Pollock e Jackson de 3 dobras cutâneas.

Avaliamos ainda traços da Imagem Corporal. A preocupação com o corpo foi avaliada pela versão traduzida e adaptada para o Brasil da Body Shape Questionnaire (BSQ) (DI PIETRO, 2002). O comportamento de checagem e evitação corporal foram avaliados pelas versões traduzidas e adaptadas do Body Checking Questionnaire (BCQ) (CAMPANA; TAVARES, 2009) e Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) (CAMPANA; TAVARES, 2009), respectivamente. As três escalas têm evidências de validade e confiabilidade satisfatórias para o contexto Brasileiro.

Para o segundo parâmetro – a avaliação do programa em si, criamos um questionário semi aberto, que foi oferecido às pacientes uma vez em cada mês do programa. As perguntas versavam sobre as sensações das pacientes frente às atividades propostas, as que mais gostaram, as que não gostaram, sugestões e por último pedia-se que fizessem a avaliação conceitual do programa, de ótimo a péssimo, até aquele momento. O questionário foi respondido anonimamente.

## Implantação do programa piloto

Tendo o programa piloto sido elaborado, os próximos passos foram dados na direção da implantação do programa em si. Dessa forma, uma das pesquisadoras foi até o Ambulatório de Transtornos Alimentares para convidar as pacientes e explicar os objetivos e estratégias de nossa proposta. Foi ressaltado que a participação era voluntária e esclarecido que elas só poderiam tomar parte do programa mediante a liberação da equipe clínica e para aquelas menores de idade, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis. Das 20 pacientes atendidas no Ambulatório na época, Janeiro de 2008, apenas duas foram resistentes ao convite, uma estava internada por baixo peso outras duas estavam ausentes naquele dia. Para as quinze pacientes que se interessaram pela proposta foi agendado o dia e horário para a avaliação física de das variáveis da Imagem Corporal. Esta avaliação aconteceu com uma semana de antecedência ao primeiro dia de atividades.

Todas as sessões de exercícios foram realizadas nas dependências da FEF/Unicamp, acompanhadas por duas profissionais de educação físicas e profissionais convidados para atividades específicas – como Yoga, por exemplo. Os exercícios propostos seguiram os níveis de intensidade e duração propostos por Thien et al. (2000).

### **Análise... ou como foi nossa experiência de trabalhar com este grupo**

Compareceram ao Laboratório de Imagem Corporal 11 pacientes para a avaliação inicial. Nesse grupo, tínhamos pessoas diagnosticadas com Bulimia Nervosa (n=4), Anorexia Nervosa (n=3) e Transtorno alimentar não-especificado (TANE) (n=4). A idade média do grupo foi de  $20,45 \pm 5,61$  anos, IMC  $19,66 \pm 2,67$  kg/m<sup>2</sup> e gordura subcutânea média de  $19,09 \pm 5,22\%$ . As pacientes diagnosticadas com Bulimia Nervosa e TANE apresentaram preocupação moderada a grave com sua forma corporal, alto padrão de checagem corporal – o que inclui beliscar-se, apalpar-se, medir o tamanho das partes do corpo, pesar-se, procurar por proeminências ósseas. Ainda, apresentaram alto padrão de evitação do corpo, que inclui evitação de contato íntimo, de situações sociais, uso de roupas largas e escuras. As pacientes diagnosticadas com Anorexia Nervosa apresentaram escores indicativos de

preocupação leve a nenhuma preocupação com o corpo, baixo padrão de evitação corporal e alto padrão de checagem do corpo. Ressalva-se que apesar de 11 voluntárias terem comparecido à avaliação inicial, três delas não foram a nenhuma aula, pois os horários eram incompatíveis com suas atividades profissionais. No dia da avaliação, foi explicado em linhas gerais como seria o programa e as participantes foram orientadas a não praticar exercícios além dos dois dias de sessão orientada.

Na primeira sessão, no dia oito de março de 2008, contamos a presença de sete voluntárias. Conforme preconizado pelo guia de Thien et al. (2000) dividimos o grupo em dois e cada uma das profissionais de educação física presentes conduziram as atividades com seu grupo. Neste dia, fizemos atividades ginásticas, alongamento e relaxamento, com intensidade leve para o grupo com IMC baixo e moderado para o grupo com IMC eutrófico. No final da sessão, as voluntárias que compuseram este último grupo relataram muito cansaço. Determinou-se que no primeiro mês seria trabalhado apenas atividades de intensidade leve a muito leve, para promover as adaptações orgânicas necessárias à atividade física regular. Assim, realizamos uma adaptação ao planejamento inicial, em resposta à demanda das participantes.

No decorrer do primeiro mês, trabalhou-se com todo o grupo reunido, com exercícios ginásticos e hidroginástica. A proposta central estava sempre em oferecer um espaço para o movimento genuíno. Assim as participantes eram sempre convidadas pelas profissionais a experimentar os exercícios, reconhecer suas sensações corporais. Nada deveria ser continuado frente a qualquer mal estar. A primeira oficina, a de ginástica harmônica – que consiste em dança, alongamentos e exercícios posturais - foi avaliada positivamente, tendo as voluntárias relatado que sentiram o corpo “leve”, “vivo” e bastante bem estar.

No segundo mês, oferecemos exercícios resistidos – trabalhando com baixa carga, 12 a 15 repetições e um exercício para cada grupo muscular – às terças feiras e oficina de Yoga aos sábados, composta por quatro encontros. As participantes com IMC eutrófico já não relataram cansaço frente às atividades moderadas propostas. Todavia, nos disseram que preferiam ficar juntas das demais participantes, num grupo só: era a única oportunidade que tinham de estar juntas fora do Ambulatório. Assim, determinamos que definitivamente, trabalharíamos todos juntos. Para não submeter as participantes com baixo IMC à risco de saúde, todas as atividades oferecidas passaram a ser de in-

tensidade leve a muito leve (até 4,7METS). Ao final do segundo mês, o programa foi avaliado como ótimo, por todas as participantes. Res-salva-se que nesse mês, tivemos três voluntárias internadas: duas por complicações de comorbidades e uma por baixo peso. Elas voltaram ao programa após seu período de internação, com a liberação da equipe clínica.

No terceiro mês de atividades, foi dada a escolha entre atividades aquáticas e exercícios resistidos às terças feiras. Aos sábados, foi proposta a oficina de exercícios perineais, com avaliação positiva pelas participantes. Apesar da avaliação positiva do programa, notou-se uma queda na participação das atividades. Em contato telefônico com as participantes, foi-nos esclarecido que as faltas deviam-se a compromissos escolares, profissionais e por dificuldades de locomoção. Não foi relatado nenhum mal estar ou incômodo frente ao que estavam sendo por nós proposto.

No quarto mês, incluímos alongamentos como uma possibilidade de escolha às terças feiras. Aos sábado foram oferecidas duas oficinas: uma, com a duração de três sábados de pilates no solo, focada em exercícios posturais. A segunda oficina foi oferecida apenas um sábado – o último do programa – e o tema foi atividades circenses. Nessa oportunidade, convidamos os familiares das pacientes – pais, filhos, avós, cônjuges – para tomar parte das atividades. O feedback ao final da oficina foi extremamente positivo. O modelo lógico de funcionamento do programa pode ser visto na figura 2.

Na semana seguinte, as participantes comparecem pela segunda vez ao Laboratório de Imagem Corporal para a avaliação final de suas variáveis antropométricas e da Imagem Corporal. A idade média das pacientes que participaram nos quatro meses do programa foi de  $20,5 \pm 7,05$  anos, IMC  $21,71 \pm 4,77$  kg/m<sup>2</sup> e o %G  $20,57 \pm 7,8\%$ . A preocupação com o corpo permaneceu em intensidade grave em apenas uma das participantes. Esta também manteve-se com um alto padrão de checagem e evitação corporal. As demais participantes apresentaram intensidades leves de preocupação com o corpo e os padrões de checagem e evitação diminuíram.

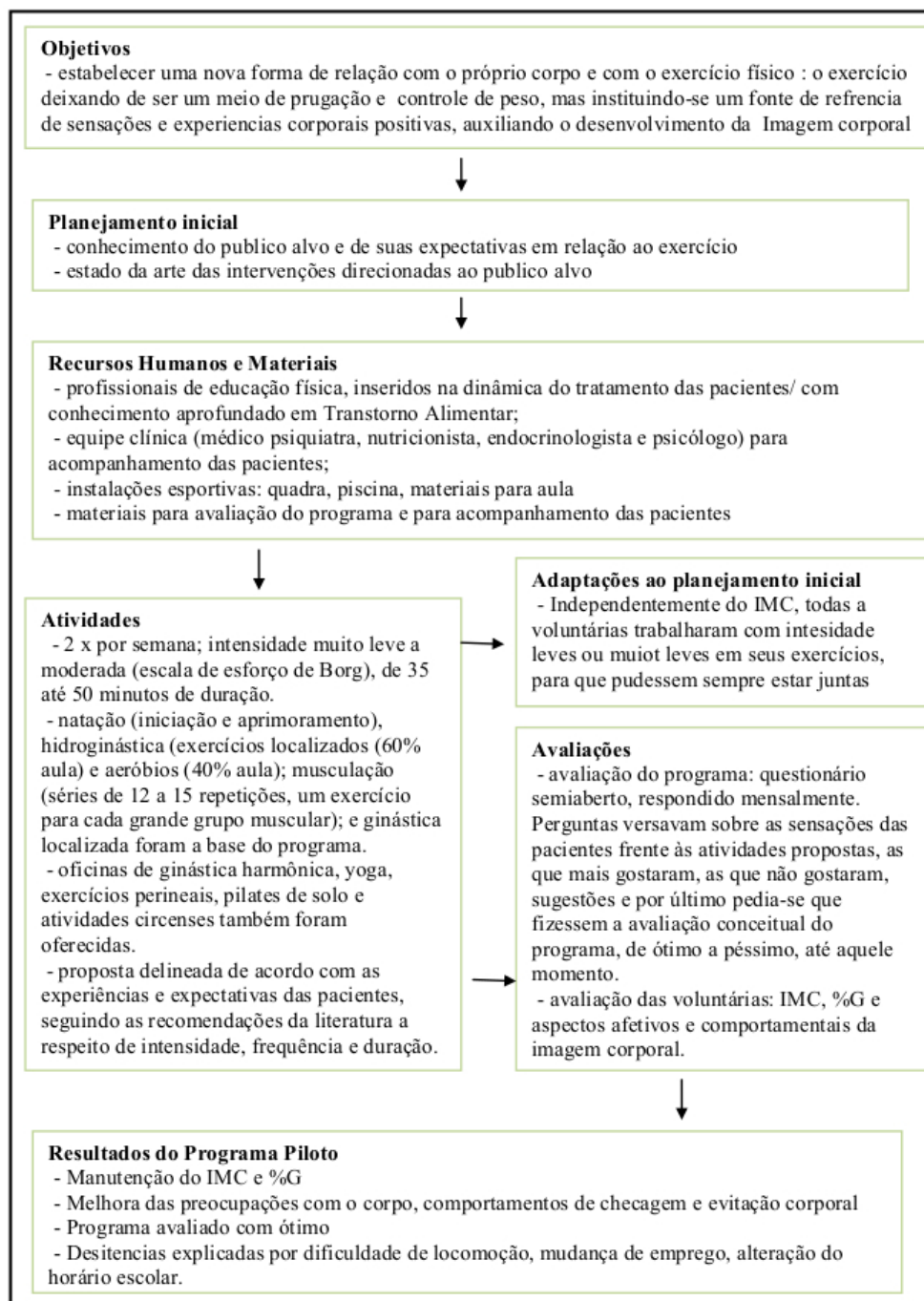


Figura 1: Modelo Lógico de funcionamento do programa piloto de exercícios físicos para pacientes em tratamento com Transtorno Alimentar



## **Discussão... ou um panorama geral e nossas considerações sobre esta experiência**

O programa piloto foi oferecido por quatro meses, entre março e Junho de 2008, com frequência de duas vezes na semana, e duração entre 35 e 50 minutos e aconteceu nas dependências da FEF/Unicamp.

Às terças feiras as atividades oferecidas foram: hidroginástica, natação, musculação e ginástica localizada. Após a vivência de cada uma das atividades no primeiro mês, as participantes do programa puderam escolher, em cada terça feira, qual tipo de atividade gostariam de fazer. Aos sábados, ocorreram vivências de atividades físicas mais diversas, como ginástica harmônica, yoga, exercícios perineais, pilates no solo, atividades circenses. Estas atividades foram ministradas por profissionais convidados especializados em cada área e cada uma foi desenvolvida por um ou até quatro sábados seguidos. Definitivamente, realizar o levantamento prévio para determinar quais atividades despertariam o interesse nas pacientes em praticar, foi uma estratégia válida e coerente com nossa proposta.

Em recente revisão dos programas de exercícios físicos propostos às mulheres com Anorexia Nervosa, Zunker, Mitchell e Wonderlich (2011) concluem que intervenções claramente estruturadas e guias de ação não estão disponíveis na literatura. Nossa pesquisa caminha em direção à superação desta lacuna, uma vez que a descrição do planejamento, do desenvolvimento de seção a seção e da avaliação permite a replicação deste programa piloto, em intervenções futuras.

O planejamento inicial de dividir o grupo quanto ao IMC e por ele determinar a intensidade do esforço foi alterado para atender as necessidades do grupo, tanto orgânicas – frente ao relato de cansaço de dor muscular tardia – quanto sociais – a vontade de permanecer juntas fora do ambiente clínico. Como nosso maior foco estava em promover um espaço seguro para elas se expressarem e entrar em contato com seus corpos, e não focado no condicionamento físico, tomamos as precauções necessárias para estabelecer uma intensidade segura para as atividades e passamos a trabalhar como um só grupo.

Quanto à avaliação das pacientes, pudemos observar que ao final do programa não houve variações significantes nos índices de IMC e porcentagem de gordura das voluntárias. Além disso, observamos uma diminuição da intensidade da preocupação com o corpo e dos comportamentos de checagem e evitação corporal. Estes dados colaboram

para afastar a possibilidade do exercício físico ter intervenido negativamente na recuperação do peso, parâmetro importante na definição das condutas clínicas.

Igualmente relevante foi a modificação dos índices de preocupação, checagem e evitação corporal. Os comportamentos de evitação e checagem do corpo foram descritos como a expressão mais óbvia do âmago da psicopatologia dos transtornos alimentares – a superestimação da forma e do peso corporal (FAIRBURN; SHAFRAN; COOPER, 1998). Todavia, como nem todas as participantes que iniciaram o programa o concluíu, esses dados devem ser observados com cautela, apesar de indicarem como positiva a influência do exercício físico no desenvolvimento da Imagem Corporal.

Outro ponto importante a ser considerado é a avaliação do programa feita por cada uma das voluntárias. A análise dessas avaliações mostrou que no geral o programa foi bem aceito e apreciado pelas participantes.

Não podemos deixar de comentar tivemos algumas desistências no decorrer destes quatro meses. Ao final, apenas cinco voluntárias mantiveram-se assíduas. No decorrer dos quatro meses, a participação por sessões variou entre três a seis voluntárias no sábado e variou entre duas a três nas terças feiras. A baixa adesão à tratamentos é uma realidade nesta população, podendo atingir níveis de até 66% (HALMI et al., 2005; WALSH et al., 2006). Mesmo que o programa de exercícios físicos fosse oferecido fora do hospital, ele era associado pelas participantes como uma extensão das atividades do mesmo. Sobre a baixa adesão às terças feiras foi-nos explicado, através de contato telefônico, que saíam muito cansadas dos atendimentos do Ambulatório e que permanecer mais tempo na Unicamp era, algumas vezes, esforço demais. Compromissos de trabalho e escolares foram outras dificuldades relatadas. No sábado, as dificuldades de transporte foram motivos para ausências.

Apesar da baixa adesão nas sessões que coincidiram ao dia de tratamento, consideramos que era uma estratégia válida, pois para aquelas que viajavam até Campinas para o tratamento dependiam de transporte cedido pela prefeitura de suas cidades. Dessa forma, seria difícil para elas virem outro dia. Ademais, identificamos que eram justamente estas pacientes de cidades de fora e dependentes de condução que tinham a maior frequência às terças feira. Consideramos, entretanto, que se pudessemos oferecer algumas atividades – relaxa-

mento, alongamentos, atividades ginásticas, Yoga – em uma das salas do próprio Ambulatório, a adesão às sessões que coincidem com o dia de tratamento poderia ser maior. Consideramos ainda, que utilizar atividades que tenham algum significado para o grupo e que despertem se interesse em praticá-las foi uma estratégia válida. Para programas a longo prazo, este tipo de questionamento deve ser feito periodicamente, pois no decorrer das experiências corporais, outros interesses podem surgir.

As desistências e as interações ocorridas neste tempo, nos fez questionar sobre o impacto do programa nas pacientes. Em nossas reflexões, recorremos à psicanalista Françoise Dolto (2001) que considera que uma doença pode ser um sinal de que o corpo está em luta contra uma falta de equilíbrio. Esse desequilíbrio pode ser originado em supertensões libidinais decorrentes da insatisfação de pulsões, onde não se reconhece e não se concede significado à singularidade do ser. O não comer, o comer demais, o purgar estabelecem-se como uma linguagem deste corpo marcado pela incompletude. Uma linguagem que expressa um desequilíbrio, uma supertensão, uma angústia originada na insatisfação da demanda. Essa linguagem faz aparecer, escrito no corpo, a invasão sofrida ou a falta de empatia que não pode ser dita com palavras. Essa linguagem estabelece marcas no corpo que chama a atenção do outro e revelam uma profunda angústia encarnada. Frente às considerações de Dolto (2001), entendemos que nessa experiência de reencontro com o corpo através do movimento, algumas de nossas voluntárias poderiam estar se sentindo inseguras ao caminhar por estas novas descobertas. Como se fosse um risco muito alto estabelecer uma nova linguagem, pois dessa forma, poderiam deixar de revelar o desequilíbrio que encontraram no processo de construção de uma identidade corporal humana e feliz. Era abrir mão delas mesmas. Frente a isso, demos o espaço e o tempo necessário, de forma que foi dito a cada uma das voluntárias que desistiram que poderiam retornar quando desejassem.

### **Considerações finais**

Concluimos que o programa proposto atingiu seu objetivo principal, que era oferecer um espaço par o reconhecimento do corpo e dos movimentos, desvinculado das estratégias de emagrecimento. Ao observar as respostas sobre os motivos para gostar das atividades pro-

postas, conseguimos algumas evidências nesse sentido. As expressões como “me sentir melhor com o meu corpo”, “estou conhecendo melhor o meu corpo”, “sentir o próprio corpo”, “entrar em contato com o próprio corpo” se repetem ao longo dos questionários. Através das respostas das voluntárias nos questionários, percebe-se que as atividades propostas, bem como a postura das pesquisadoras no momento de propor as atividades deram o espaço para a consciência e continência das sensações. Ao escreverem suas sensações as voluntárias tem a possibilidade de refletirem sobre a própria individualidade, de serem ouvidas e de se ouvirem, gerando, a cada momento de reflexão, um novo grau de auto conhecimento.

O profissional que pretende trabalhar com este grupo deve estar preparado para lidar com alterações de humor, de disposição, com intercorrências clínicas. A dificuldade das pacientes em estabelecer um novo código para resolver seu desequilíbrio podem levar profissionais que lidam com o transtorno alimentar a ficarem paralisados, impotentes e até a atrapalhar o processo de desenvolvimento da Imagem Corporal e de melhora do quadro clínico. Qualquer profissional que lide com pessoas que tem Anorexia Nervosa, tem que estar atento, conhecer as teorias. Mas deve se manter aberto para “ouvir” cada fala como única. Como lembra Tavares (2003), para facilitar o desenvolvimento da imagem corporal do outro, o profissional deve ter sua Imagem Corporal bem desenvolvida, já tendo lidado com suas perdas, reconhecendo-se sujeito com potencialidades e limitações. Dessa forma conseguirá se colocar na linha tênue entre a distância que abandona e o perto que sufoca, dando espaço para o outro identificar-se como sujeito, a partir do “ouvir” empático. Conseguirá compreendê-lo como uma estrutura única, que jamais será inteiramente descrita e explicada, que tem sua fala, suas marcas, sua história singular.

---

### **Proposition and implantation of a physical exercise program for eating disorder's patients**

#### **Abstract**

This article reports the proposition and implantation of a physical exercise pilot program for patients with eating disorders from Ambulatório de Transtornos Alimentares, Clinical Hospital, Unicamp. The length of the program was four months. The frequency was two days a week, session 35 to 50 minutes length, in low intensity. The participants were patients, between 13 and 26 years. From initial planning, based on international guidelines, was created a new form of intervention, maintaining adequate levels of intensity, duration and frequency, but also focusing

on the development of Body Image. The experience allowed us to understand better the needs of patients and provided data for planning future interventions.

**Keywords:** Exercise. Eating Disorders. Pilot Projects.

### **Proposição e implantação de um programa de exercícios para pacientes com transtornos de la alimentación**

#### **Resumen**

Este artículo presenta la proposición e implantación de un programa piloto de ejercicio físico para las pacientes con transtornos alimentarios de lo Ambulatório de Transtornos Alimentares, Hospital de Clínicas, Unicamp. El programa piloto se prologó durante cuatro meses. La frecuencia fue de 2 días a la semana, con 35 a 50 minutos de duración en cada sesión, en intensidad leve. Los participantes fueron pacientes, entre 13 e 26 años. Desde la planificación inicial, basado en las diretrizes internacionais, se creó una nueva forma de intervención, manteniendo niveles adecuados de intensidad, duración y frecuencia, pero también se centra en el desarrollo de la Imagen Corporal. La experiência ha permitido una mejor comprensión de las necesidades de los pacientes y proporciono datos para la planificación de futuras intervenciones.

**Palabras clave:** Ejercicio. Transtorno de la Conducta Alimentaria. Proyectos Piloto.

---

#### **Referências**

American Psychological Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington, DC: APA, 1994.

ASSUMPÇÃO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 29-33, dez., 2002.

BUSSE, S.R.; SILVA, B.L. Transtornos Alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org) **Anorexia, Bulimia e Obesidade**. Barueri: Manole, 2004. p. 31-110.

CAMPANA, A. N. N. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. **Avaliação da imagem Corporal: instrumentos e diretrizes para pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.

CARRON, A.V.; HAUSENBLAS, H.A.; MACK. D. Social influence and exercise: a meta-analysis. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, Champaign , v. 18, p. 1-6, mar., 1996

CUMMING, G et al. Expectativas em Práticas de Atividades Físicas de Pessoas com Anorexia Nervosa. **Movimento**, Porto Alegre, v. 15, p. 69-85, jun., 2009.

DAVIS, C. et al. Obsessive Compulsiveness and Physical Activity in Anorexia Nervosa and high level exercising. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 39, p. 967-976, nov., 1995.

DAVIS, C. et al. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. **Psychological Medicine**, Londres, v. 24, p. 957-67, nov., 1994.

DAVIS, C. et al. The prevalence of High – Level Exercise in the eating disorders: etiological implications. **Comprehensive Psychiatry**, Nova Iorque, v. 38, p. 321-326, nov./dez., 1997.

DI PIETRO, M. C. **Validade Interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ – Body Shape Questionnaire – em uma população de estudantes universitários**. 2002. 36 p. Dissertação (Mestrado. Em Psiquiatria e Psicologia Médica)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2001

DUESUND, L.; SKÅRDERUD, F. Use the Body and Forget the Body: Treating Anorexia Nervosa with Adapted Physical Activity. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, Londres, v. 8, p. 1359–1045, jan., 2003

FAIRBURN, C.G, SHAFRAN, R., COOPER, Z. A Cognitive Behavioural Theory of Anorexia Nervosa. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 37, p. 1-13, jan., 1998.

HALMI, K. et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future research. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 62, p. 776-781, jul., 2005.

HAUSENBLAS, H. A., COOK, B. J., CHITTESTER, N. I. Can exercise treat eating disorders? **Exercise and Sport Sciences Review**, Nova Iorque, v. 36, p. 43-47, jan., 2008

LEVINE, M. D., MARCUS, M. D., MOULTON, P. Exercise in the treatment of binge eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**, Nova Iorque, v. 19, p. 171-177, mar., 1996.

MOND, J. M. et al. Relationships between exercise behaviour, eating-disorder behaviour and quality of life in a community sample of women: when is exercise ‘excessive’? **European Eating Disorders Review**, Chichester, v. 12, p. 265-272, mai., 2004.

MOND, J. M. et al. An update on the definition of “excessive exercise” in eating disorder research. **International Journal of Eating Disorders**, Nova Iorque, v. 39, p. 147-153, mar., 2006

PENDLETON, V. R. et al. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. **International Journal of Eating Disorders**, Nova Iorque, v.31, p. 172-184, mar., 2002.

SUNDGOT-BORGEN, J. et al. The effect of exercise, cognitive therapy, and nutritional counseling in treating bulimia nervosa. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 34, p. 190-195, fev., 2002.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento**. Baruer: Manole, 2003.

THIEN, V. et al. Pilot Study of a Graded Exercise Program for the Treatment of Anorexia Nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, Nova Iorque, v. 28, p. 101-106, jul., 2000.

TOKUMURA, M. et al. Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa. **European Journal of Pediatrics**, Heindelberg, v. 162, p. 430-431, jun., 2003

TOUYZ, S. W. et al. A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 144, p. 44: 517- 520, maio, 1984.

WALSH, B. T. et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial. **Journal of the American**

**Medical Association**, Chicago, v. 295, p. 2605–2612, jun., 2006

ZUNKER, C.; MITCHELL, J. E; WONDERLICH, S. A. Exercise Interventions for Women with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. **International Journal of Eating Disorders**, Nova Iorque, v. 44, p.579-584, nov., 2011

---

**Agradecimentos**

Agradecemos aos profissionais Gerson de Oliveira, Luciana Zan, Aletha Caetano e Márcio Parma por suas colaborações em nossas oficinas.

---

Recebido em: 02/03/2012

Revisado em: 18/07/2012

Aprovado em: 07/12/2012

**Endereço para correspondência**

mcons@fef.unicamp.br

Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física

Cidade Universitária Zeferino Vaz

Barão Geraldo

13083-851 - Campinas, SP - Brasil - Caixa-postal: 6134