

**SINTOMATOLOGIA DE DRUNKOREXIA NOS PRATICANTES DE CROSSFIT EM
GOIÂNIA-GO**

SYMPTOMATOLOGY OF DRUNKOREXIA IN CROSSFIT PRACTITIONERS IN
GOIÂNIA-GO

LÍVIA DIAS JORGE

liviadiasjorge@gmail.com

(Graduanda em Nutrição; Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Goiânia, Goiás,
Brasil)

ALLYS VILELA DE OLIVEIRA

allysvilela@gmail.com

(Mestre; Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Goiânia, Goiás, Brasil)

RESUMO

Introdução: Um dos problemas recorrentes, no que diz respeito a distúrbios alimentares, está relacionado com o álcool. Em adultos jovens, particularmente, tem sido observada a tendência a usar formas extremas de controle de peso para compensar o consumo excessivo de álcool. **Objetivo:** Analisar a sintomatologia de drunkorexia em praticantes de CrossFit. **Materiais e métodos:** Participaram do estudo praticantes de exercícios físicos de CrossFit (n = 36), com média de idade de $33,8 \pm 7,9$ anos. Foram aplicados os questionários *Eating Attitudes Test - 26* (EAT-26) e *Compensatory Eating Behaviors Related to Alcohol Consumption* (CEBRACS) por meio digital. Analisou-se o perfil da amostra em relação a classificação do EAT-26, bem como os escores de ambos os questionários com o perfil da amostra, com $p < 0,05$. **Resultados:** Apenas o gênero influenciou nos valores de pontuação no EAT-26, não havendo fatores associados a pontuação do CEBRACS. O gênero feminino esteve associado a maior risco de Transtorno Alimentar (TA). Houve correlação entre os indivíduos que obtiveram pontuação mais alta no EAT-26 e no CEBRACS. **Discussão:** A drunkorexia é avaliada de forma quantitativa pelo CEBRACS, e no presente estudo não se verificou pontuação relevante para caracterização de sintomatologia. No entanto, esse questionário avalia apenas a sintomatologia e não se propõe a fornecer um diagnóstico, motivo pelo qual alguns participantes poderiam apresentar diagnóstico de drunkorexia sem ter apresentado alta pontuação no CEBRACS. **Conclusão:** Os participantes da pesquisa não apresentaram sintomatologia para caracterização de drunkorexia.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos, Exercício físico, Alcoolismo

ABSTRACT

Introduction: One of the recurring problems with regard to eating disorders is related to alcohol. In young adults, in particular, there has been a tendency to use extreme forms of weight control to compensate for excessive alcohol consumption.

Objective: Analyze the symptoms of drunkorexia in CrossFit practitioners. **Materials and methods:** CrossFit physical exercise practitioners (n = 36) participated in the study, with a mean age of 33.8 ± 7.9 years. The Eating Attitudes Test - 26 (EAT-26) and Compensatory Eating Behaviors Related to Alcohol Consumption (CEBRACS) questionnaires were applied digitally. The profile of the sample was analyzed in relation to the classification of the EAT-26, as well as the scores of both questionnaires with the profile of the sample, with $p < 0.05$. **Results:** Only gender influenced the scoring values in the EAT-26, with no factors associated with CEBRACS scoring. The female gender was associated with a higher risk of Eating Disorder (ED). There was a correlation between individuals who obtained a higher score on EAT-26 and CEBRACS. **Discussion:** Drunkorexia is assessed quantitatively by CEBRACS, and in the present study there was no relevant score for the characterization of symptoms. However, this questionnaire evaluates only the symptoms and does not propose to provide a diagnosis, which is why some participants could present a diagnosis of drunkorexia without having a high score in CEBRACS. **Conclusion:** The research participants did not present any symptoms to characterize drunkorexia.

Keywords: Eating disorder, Exercise, Alcohol use.

INTRODUÇÃO

Os TAs estão entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes que afetam principalmente adolescentes mulheres e adultas jovens nos países ocidentais (Stice; Rohde; Shaw, 2013).

Um dos problemas recorrentes, no que diz respeito a distúrbios alimentares, está relacionado com o álcool. Em adultos jovens, particularmente, tem sido observada a tendência em usar formas extremas de controle de peso para compensar o consumo excessivo de álcool. Esse comportamento tem recebido a nomenclatura de "Drunkorexia", um termo usado para descrever comportamentos como restringir a ingestão de alimentos em antecipação ao consumo de álcool para compensar a ingestão calórica total, ou para aumentar o efeito intoxicante do consumo de álcool (Choquette; Rancourt; Thompson, 2018).

Uma preocupação com a definição proposta de drunkorexia é que pode haver pessoas que restringem a ingestão de alimentos para experimentar os efeitos do álcool mais fortemente do que para tentar controlar seu peso. Portanto, é importante determinar as motivações do comportamento alcoólico, ou seja, se as pessoas se envolvem no comportamento para aumentar os efeitos do álcool ou controlar o peso, ou ambos (Thompson-memmer; Glassman; Diehr, 2018).

Pessoas que praticam regularmente atividade física relatam maiores taxas de uso de álcool e comportamento de consumo excessivo de álcool em comparação com seus colegas inativos e o consumo de álcool ocorre frequentemente após o exercício (Leasure e colaboradores, 2015).

Mesmo sendo um Transtorno Alimentar (TA) relatado recentemente e, portanto, com limitação de dados na literatura, observa-se que os indivíduos que praticam drunkorexia têm um risco aumentado de experimentar uma variedade de

consequências nocivas, como sofrimento e prejuízo significativos, consistentes com os critérios de diagnóstico de outros TA (Apa, 2016).

O CrossFit, uma forma de treinamento intervalado de alta intensidade, é um programa de exercícios que cresceu rapidamente desde seu início em 2000. Embora não haja uma contagem oficial de quantas pessoas participam do CrossFit, estima-se que o programa venha sendo praticado cada vez mais em instalações em todo o mundo (Meyer, Morrison, Zuniga, 2017).

Embora o desempenho anaeróbico em curto prazo não pareça comprometido como resultado da ingestão aguda de álcool pós-exercício, profissionais e atletas devem estar cientes dos possíveis efeitos em longo prazo desse uso de álcool (Leasure e colaboradores, 2015).

Diante da escassez de literatura nesse sentido, essa pesquisa procurou verificar a ocorrência de risco de desenvolvimento de sintomatologia de drunkorexia em praticantes de CrossFit.

MATERIAL E MÉTODOS

Amostra e critérios de inclusão e de exclusão

Participaram da pesquisa, indivíduos de ambos os sexos (n=36), com idade entre 19 e 60 anos, praticantes regulares de CrossFit, e que realizavam pelo menos três sessões de treinamento na semana, com duração mínima de 30 minutos cada.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (protocolo nº 4.445.191). Os participantes foram recrutados por meio da divulgação de texto explicativo sobre a pesquisa em grupos/contas relacionados a esportes, exercícios e/ou atividades físicas, utilizando-se mídias sociais (Facebook, Instagram e WhatsApp).

Os usuários eram direcionados para um questionário digital específico, que se iniciava com a aceitação ou não do TCLE on-line, no qual constavam os esclarecimentos sobre a metodologia, riscos e objetivos do estudo.

Foram excluídos do estudo crianças, adolescentes e idosos, pessoas que praticassem exercícios físicos com frequência e volume semanal abaixo do estipulado, ou que fossem sedentárias, os atletas profissionais bem como os indivíduos que não concordaram com os termos dispostos no TCLE on-line.

Avaliação do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares e do comportamento alimentar compensatório relacionados ao consumo de álcool

O questionário on-line era composto por três partes, a saber: (1) informações sociais e referentes à prática de atividade física (modalidade, frequência, tempo de prática); (2) risco de desenvolvimento de TA; e (3) os sintomas de drunkorexia.

O risco de desenvolvimento de TA foi avaliado pela aplicação da versão em português do Questionário *Eating Attitudes Test - 26* (EAT-26) (Bigheti e colaboradores, 2004). Este instrumento de autopreenchimento, composto por 26 questões na forma de escala Likert de pontos (sempre = 3; muitas vezes = 2; frequentemente = 1; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0) possui pontuação máxima de 78 pontos. A somatória maior que 21 é considerada risco para TA (Rivas e colaboradores, 2010).

Os sintomas de drunkorexia foram avaliados por meio do questionário *Compensatory Eating Behaviors Related to Alcohol Consumption* (CEBRACS), traduzido para o português como Comportamentos Alimentares Compensatórios Relacionados ao Consumo de Álcool - CEBRACS (Rahal e colaboradores, 2012). Esse instrumento é composto por 21 itens em uma escala de Likert de cinco pontos

(1 = Nunca; 2 = Raramente - cerca de 25% das vezes; 3 = Às vezes - cerca de 50% das vezes; 4 = Frequentemente - cerca de 75% das vezes; e 5 = Quase o tempo todo), divididas em quatro fatores (efeitos do álcool, bulimia, dieta e exercício e restrição extrema). O escore total de drunkorexia varia de 21 a 105, sendo que com maiores valores indicam maior sintomatologia.

Análise Estatística

Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 26.0. A caracterização do perfil demográfico e prática de atividade física foi realizada por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis categóricas; média, desvio padrão para as variáveis contínuas. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk. O teste do Qui-quadrado de Pearson foi realizado a fim de descrever o perfil da amostra em função da modalidade de atividade física e em relação a classificação final do EAT-26. A relação entre os escores do EAT-26 e CEBRACS foi feita por meio da análise de correlação de Pearson. A comparação dos escores EAT-26 e CEBRACS com o perfil da amostra foi feito aplicando-se os testes *t de Student* e Análise de Variância (Anova). Para todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Observou-se que 94,4% dos participantes residiam no município de Goiânia, sendo que mais da metade da amostra era composta por mulheres. Em relação à escolaridade, constatou-se que mais de 85% possuem nível superior, conforme

demonstrado na Tabela 1. A idade dos participantes variou entre 19 e 51 anos, com média de $33,8 \pm 7,9$ anos.

Tabela 1. Características demográficas de praticantes de Crossfit da região metropolitana de Goiânia, 2021 (n= 36)

| | n | % |
|----------------------------|----|------|
| Cidade | | |
| Aparecida de Goiânia | 2 | 5,6 |
| Goiânia | 34 | 94,4 |
| Sexo | | |
| Feminino | 23 | 63,9 |
| Masculino | 13 | 36,1 |
| Escolaridade | | |
| Ensino médio | 1 | 2,8 |
| Ensino superior completo | 12 | 33,3 |
| Ensino superior incompleto | 4 | 11,1 |
| Pós-graduação | 19 | 52,8 |

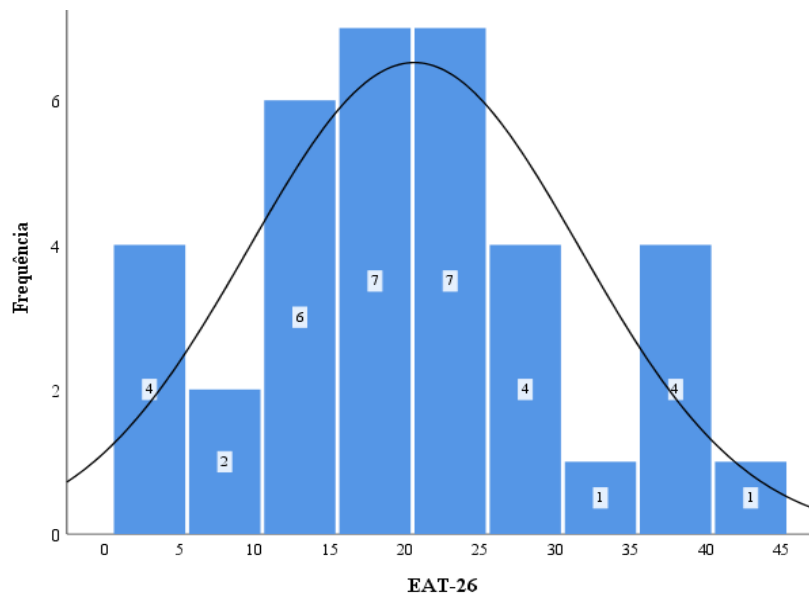
n = frequência absoluta; % = frequência relativa

A maioria dos participantes (94,4%) informou prática de atividade física > 1 ano, e tempo de atividade física semanal de 75 a 150 minutos intenso (55,6%) ou 150 a 300 minutos moderado (38,9%), com 58,3% praticando crossfit e outras modalidades. Dos que informaram praticar outras modalidades, a maioria (53,1%) citou a musculação, dentre outras como bike, corrida e dança.

Não houve diferença no perfil demográfico, no tempo e na intensidade de prática de atividade física entre praticantes exclusivamente de crossfit ou aqueles que o praticavam associados a outras modalidades.

Em relação ao TA avaliado por meio do questionário EAT 26, a média dos respondentes foi $20,61 \pm 11,01$, com pontuação mínima de 3 e a máxima de 45. Embora a média tenha sido abaixo da pontuação considerada risco para TA, na Figura 1 (a) é possível identificar que 42% da amostra apresentou pontuação considerada risco para o TA.

a)



b)

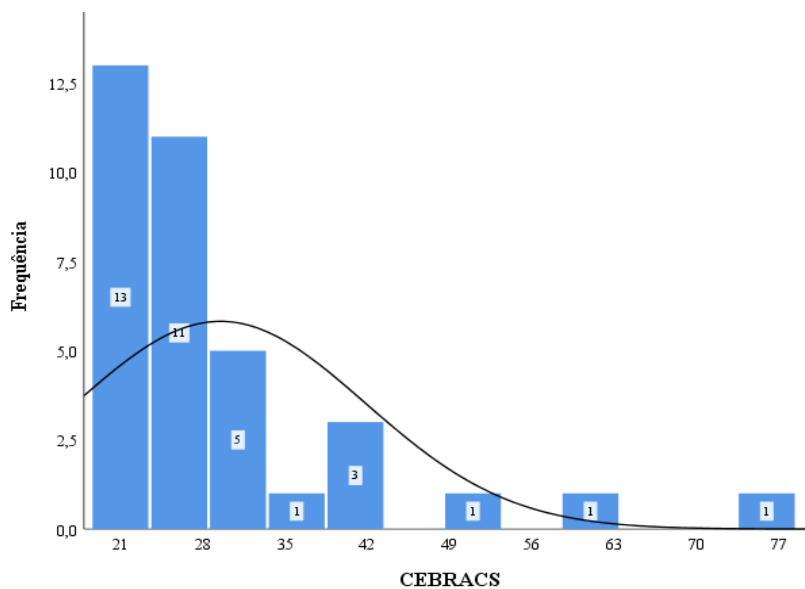


Figura 1. Histograma demonstrando a distribuição e as estatísticas descritivas da pontuação total do EAT-26 (a) e CEBRACS (b) de praticantes de Crossfit da região metropolitana de Goiânia, 2021 (n= 36)

Já em relação aos sintomas de drunkorexia, a média de pontuação foi 29,50 (DP= 12,30; 21 a 77) no CEBRACS. A maioria dos participantes obtiveram pontuação abaixo de 35, conforme pode ser visualizado na Figura 1 (b).

Houve correlação moderada ($r = 0,52$; $p = 0,001$), segundo classificação proposta por Mukaka (2012), entre os indivíduos que obtiveram pontuação mais alta no EAT 26 e no CEBRACS, conforme resultados da correlação de Pearson na Figura 2.

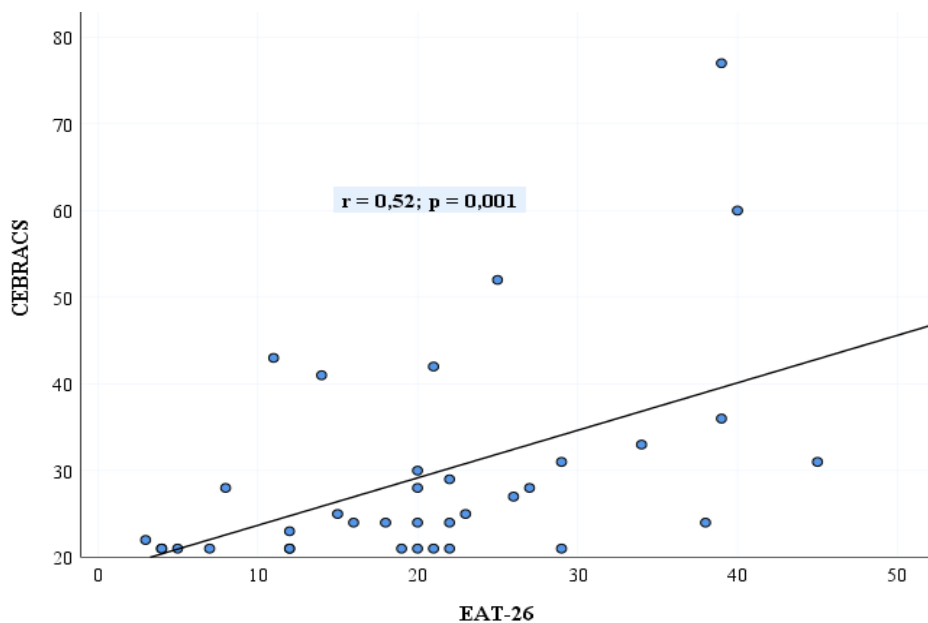


Figura 2. Gráfico de dispersão demonstrando a correlação entre a pontuação total de praticantes de CrossFit da região metropolitana de Goiânia nos questionários CEBRACS e EAT-26, 2021 (n= 36).

O gênero feminino esteve associado ($p = 0,01$) a maior risco de TA, segundo pontuação no EAT-26. Dos 41,7% ($n = 15$) que apresentaram risco para TA, a grande maioria (86,7%) foi composta de indivíduos do sexo feminino, com apenas 13,3% desses indivíduos sendo homens. Fatores como escolaridade, tempo de prática de exercício físico e tempo de exercício físico na semana não estiveram associados ao risco de TA.

Apenas o gênero influenciou nos valores de pontuação no EAT-26 ($p= 0,02$), conforme pode ser visualizado na Tabela 2, não havendo fatores associados a pontuação do CEBRACS.

Tabela 2. Comparação da pontuação média de praticantes de CrossFit da região metropolitana de Goiânia nos questionários CEBRACS e EAT-26 conforme características demográficas e de treinamento, 2021 (n= 36)

| | CEBRACS | p | EAT-26 | p |
|--------------------------------------|---------------|--------|---------------|--------------|
| Sexo | | | | |
| Feminino | 31,26 ± 14,22 | 0,26* | 23,74 ± 12,09 | 0,02* |
| Masculino | 26,38 ± 7,50 | | 15,08 ± 5,81 | |
| Escolaridade | | | | |
| Ensino médio | 31,00 ± 0,00 | 0,86** | 29,00 ± 0,00 | 0,65** |
| Ensino superior completo | 31,17 ± 16,57 | | 19,58 ± 11,58 | |
| Ensino superior incompleto | 25,00 ± 5,48 | | 15,75 ± 14,97 | |
| Pós-graduação | 29,32 ± 10,79 | | 21,84 ± 10,24 | |
| Tempo de prática de exercício | | | | |
| ≤ 1 ano | 28,50 ± 10,61 | 0,90* | 25,50 ± 19,09 | 0,52* |
| > 1 ano | 29,56 ± 12,56 | | 20,32 ± 10,77 | |
| Outra modalidade | | | | |
| Não | 25,53 ± 5,77 | 0,10* | 19,27 ± 10,15 | 0,54* |
| Sim | 32,33 ± 14,92 | | 21,57 ± 11,74 | |
| Tempo EF*** na semana | | | | |
| 150 a 300 moderado | 32,79 ± 17,40 | 0,45** | 24,29 ± 10,48 | 0,21** |
| 75 a 150 intenso | 27,50 ± 7,59 | | 17,70 ± 9,04 | |
| no máximo 75 intenso | 26,50 ± 6,36 | | 24,00 ± 29,70 | |

*Teste t de Student; **ANOVA; *** Exercício Físico; $p<0,05$

DISCUSSÃO

A drunkorexia é um tipo de distúrbio alimentar relacionado ao abuso de álcool, e leva a um comportamento compensatório e inadequado para evitar ganho de peso (Matteo; Giovanni; Massimo, 2017). No presente estudo não se verificou pontuação relevante para caracterização de sintomatologia, de acordo com CEBRACS. Cabe discutir, no entanto, que esse questionário avalia apenas a

sintomatologia e não se propõe a fornecer um diagnóstico, motivo pelo qual alguns participantes poderiam apresentar diagnóstico de drunkorexia sem ter apresentado alta pontuação no CEBRACS.

A co-ocorrência de TA e uso e abuso de álcool foi frequentemente observada por pesquisadores na população em geral (Bulik e colaboradores, 2004; Grilo, Sinha, O'Malley, 2002; Krahn e colaboradores, 2004; The National Center on Addiction and Substance Abuse da Columbia University, 2003; Steward e colaboradores, 2000). Por exemplo, duas investigações encontraram uma associação positiva entre dietas restritivas e compulsão alimentar e a frequência e intensidade do uso de álcool em mulheres durante o primeiro ano de faculdade (Krahn e colaboradores, 2004; Steward e colaboradores, 2000). Não surpreendentemente, uma amostra de mulheres com TA diagnosticadas clinicamente também exibiu transtornos por uso de álcool (Bulik e colaboradores, 2004).

Peralta (2002) empregou uma entrevista semiestruturada aberta na avaliação de 78 mulheres e homens para avaliar restrição a ingestão de alimentos como forma de compensar o número de calorias consumidas com álcool; exercícios para livrar o corpo de calorias que foram antecipadas ou já consumidas com álcool; purgação para eliminar as calorias do corpo que já foram ingeridas ao beber; e restrição a alimentação, fazer exercícios ou purgar para ficar alcoolizada mais rapidamente ou mais facilmente. Os resultados sugerem que o comportamento de beber entre alguns estudantes universitários talvez seja mutuamente influenciado por pressões socioculturais para se conformar tanto às normas da imagem corporal quanto às normas de beber .

Burke, Cremeens, Vail-Smith e Woolsey (2010) pesquisaram 695 estudantes universitários do primeiro ano, fazendo-lhes três perguntas relacionadas à restrição do consumo alimentar antes de beber. Eles observaram que 14% de sua amostra relatou restringir o consumo alimentar antes do consumo de álcool, sendo válido destacar que destes, 6% afirmaram que o fizeram para evitar o ganho de peso e 10% restringiram para aumentar os efeitos psicoativos do álcool. Esse estudo foi considerado limitado devido à pequena amostra e natureza qualitativa dos dados.

No entanto, os resultados foram indicativos da necessidade de uma investigação mais ampla deste fenômeno. Nesta perspectiva, o estudo de Rahal e colaboradores (2012) propôs avaliar comportamentos (restrição, purgação, exercícios) projetados para controlar as calorias consumidas como álcool ou maximizar os efeitos intoxicantes do álcool.

Os autores discutem a existência de quatro fatores distintos que se associaram positivamente a medidas de distúrbio alimentar e insatisfação corporal, sugerindo que indivíduos com comportamentos alimentares perturbadores (que também são consumidores de álcool) podem evidenciar esses comportamentos não apenas para controlar o peso, mas também utilizar especificamente essas estratégias ao se antecipar, consumir ou se recuperar do uso de álcool. Essas descobertas são baseadas nos estudos qualitativos de Peralta (2002) e Burke e colaboradores (2010), replicando e ampliando suas descobertas de comportamentos específicos usados neste contexto.

Embora alguns estudos apontem que pessoas que praticam regularmente atividade física relatam maiores taxas de uso de álcool e comportamento de consumo etílico excessivo em comparação com seus pares inativos, isso não foi verificado nos praticantes de crossfit participantes da pesquisa. Isso pode ser em

parte explicado pelo fato das pessoas que se envolvem em um comportamento saudável, como exercícios, também mantenham outros comportamentos saudáveis, como manter uma dieta equilibrada e períodos de sono regulares. Ao contrário do exercício, o consumo de álcool geralmente não é considerado um comportamento de promoção da saúde (Leasure e colaboradores, 2015).

Em torno de 42% da amostra apresentou risco de desenvolver TA, avaliado pelo EAT-26, com o gênero feminino (86,7%) associado a um maior risco, sendo o gênero o único fator associado ao risco.

Os TAs podem afetar indivíduos de todas as idades, sexos, orientações sexuais, etnias e regiões geográficas. Adolescentes e adultos jovens estão particularmente em risco. Um contexto sociocultural em que a comida e a imagem corporal são altamente salientes também serve para moldar a doença. A baixa autoestima é comum a todas as formas desses transtornos (Treasure, 2020).

O comportamento alimentar, que envolve o ato e a maneira ou o modo de comer é influenciado pelas condições sociais, demográficas e culturais, pela percepção individual, pela alimentação, pelas experiências anteriores e pelo estado nutricional. A influência da mídia, ampliada pela globalização e pela sociedade, enfatiza o apelo por um estilo de vida saudável ao mesmo tempo em que se exalta o culto à magreza, incentivando, por outro lado, o consumo de alimentos com alto teor calórico. O resultado dessas contradições é o desenvolvimento dos TAs, caracterizado por uma preocupação exagerada com o peso e a forma. Na busca desse estereótipo, a perda de peso é induzida por métodos inadequados, como jejum e exercícios físicos intensos, e o ganho de massa muscular é estimulado por treinos excessivos, dieta inadequada e uso de anabolizantes (Gonçalves e colaboradores, 2013).

Vários estudos apontaram a maior frequência dos TAs encontrada nas mulheres. Alguns fatores de risco para o desenvolvimento desses distúrbios tornam-se mais prevalentes com o aumento do índice de massa corporal (IMC), bem como baixa autoestima, dietas, déficits interceptivos, medo da maturidade e insatisfação corporal. A preocupação com o peso, as dietas, as provocações relacionadas ao peso e o transtorno obsessivo-compulsivo também estão associados aos sintomas de TA (Gonçalves e colaboradores, 2013; Micali e colaboradores, 2011; Fan e colaboradores, 2010; Suisman e colaboradores, 2008).

Um TA frequente entre os praticantes de exercícios é a ortorexia, que corresponde ao compromisso excessivo de uma alimentação saudável. Ao contrário de outros TAs, a ortorexia é caracterizada por uma preocupação excessiva com a alimentação saudável, e não com a quantidade de alimentos ou obsessão com o corpo perfeito (Freire e colaboradores, 2020).

Estudos comunitários que avaliam a incidência de distúrbios alimentares são escassos. Importante destacar que a prevalência da anorexia nervosa e da bulimia é maior no sexo feminino quando comparada ao sexo masculino. Discute-se os fatores que poderiam explicar esse fato, a saber: mudanças negativas na puberdade, na qual as meninas usariam a anorexia nervosa para prolongar a infância e adiar a idade adulta; as mulheres resistiriam à fome por mais tempo do que os homens devido à necessidade de preservar as espécies por meio de sua capacidade reprodutiva em períodos de escassez de alimentos; e a quantidade de gordura corporal feminina é maior que a dos homens, também devido à capacidade reprodutiva. Assim, essa condição biológica associada a excessiva importância atribuída ao corpo ideal feminino e influência da mídia na sociedade faz com que a mulher se sinta mais pressionada a perder peso (Silva; Ferriani; Viana, 2014).

Outro estudo realizado com praticantes de exercício físico incluindo crossFit, verificou uma associação positiva entre insatisfação corporal, dependência de exercício e riscos para TA. O maior nível de insatisfação esteve relacionado com maior nível de dependência ao exercício e comportamento de risco, com as mulheres apresentando maior presença de insatisfação corporal e, conseqüentemente, maior risco para TA. Os autores concluíram que a insatisfação corporal pode ser considerada um fator de risco para determinar o comportamento dos transtornos e o vício em exercício entre praticantes de crossFit (Freire e colaboradores, 2020). No presente estudo, não foram avaliadas a insatisfação corporal e a dependência do exercício pelos participantes.

Houve correlação entre os indivíduos que obtiveram pontuação mais alta no EAT 26 e no CEBRACS, o que indicou que quanto maior o risco para desenvolver TA, maior associação com o risco para desenvolver sintomatologia para drunkorexia.

Isso pode ser explicado pelo fato de que os transtornos por abuso de álcool e outras substâncias são quatro vezes mais prevalentes entre aqueles com TAs do que na população em geral, pelo fato de que essas substâncias podem fornecer alívio temporário ou distração de outros problemas que assolam o indivíduo (Thompson-memmer; Glassman; Giehr, 2018).

Em um estudo observacional realizado com a população libanesa com mais de 18 anos, resultados revelaram que as dificuldades de regulação emocional, avaliadas por meio da escala DERS-16, foram significativamente correlacionadas com todos os aspectos da drunkorexia na vida universitária. A pesquisa enfatizou que os indivíduos diagnosticados com um TA têm quatro vezes mais probabilidade de desenvolver um transtorno por uso de álcool (Azzi e colaboradores, 2021).

Em relação ao sexo, não houve associação significativa com nenhum dos escores de drunkorexia, ao contrário de muitos estudos anteriores da literatura que relataram maior prevalência desse comportamento no sexo feminino. Assim, pesquisas adicionais são necessárias para explorar as diferenças de gênero (Azzi e colaboradores, 2021).

Apesar da contribuição de nosso estudo para a literatura a respeito da drunkorexia, é importante considerar algumas limitações. Em primeiro lugar, todos os dados foram obtidos por meio de instrumentos de autorrelato, portanto, pode ser possível que alguns participantes tenham relatado incorretamente algumas das questões da pesquisa e, portanto, há um papel potencial de viés nas respostas. Em segundo lugar, o estudo teve um desenho transversal, o que pode limitar a exploração das relações causais entre as variáveis. E, por fim, foi utilizado um único item para avaliar a drunkorexia.

Estudos futuros poderiam implementar um desenho longitudinal para melhor compreender a natureza temporal das variáveis de estudo para aumentar o conhecimento sobre o papel da regulação emocional e da embriaguez no TA. Além disso, esses estudos deveriam utilizar de uma variedade maior de instrumentos para diagnosticar a presença da drunkorexia, não apenas avaliando sua sintomatologia, mas também determinar as motivações do comportamento alcoólico, ou seja, se as pessoas se envolvem no comportamento para aumentar os efeitos do álcool ou controlar o peso, ou ambos.

CONCLUSÃO

Os praticantes de Crossfit participantes da pesquisa não apresentaram sintomatologia para caracterização de drunkorexia. Por outro lado, o gênero

feminino apresentou maior risco de desenvolver TA. Dessa forma, mais estudos nessa temática são necessários, uma vez que o risco de desenvolvimento de TA está associado ao risco de sintomatologia para drunkorexia.

Houve também correlação entre os indivíduos que obtiveram pontuação mais alta no EAT 26 e no CEBRACS, o que indicou que quanto maior o risco para desenvolver TA, maior associação com o risco para desenvolver sintomatologia para drunkorexia.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition. APA, 25 de agosto de 2016. Washington. 2016.

Azzi, V.; Hallit, S.; Malaeb, D.; Obeid, S.; Brytek-Matera, A. Drunkorexia and Emotion Regulation and Emotion Regulation Difficulties: The Mediating Effect of Disordered Eating Attitudes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 18. Num. 5. 2021. p. 1-19.

Bigheti, F.; Santos, C. B.; Santos, J. E.; Ribeiro, R. P. P. Tradução e avaliação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 53. Num. 6. 2004. p. 339-346.

Bulik, C., Klump, K., Thornton, L., Kaplan, A., Devlin, B., Fichter, M. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 65. 2004. p. 1000-1006.

Burke, S. C.; Cromeens, J.; Vail-Smith; Woolsey, C. Drunkorexia: Caloric restriction prior to alcohol consumption among college freshman. *Journal of Alcohol and Drug Education*. Vol. 54. 2010. p. 17-34.

Choquette, E. M.; Rancourt, D.; Thompson, J. K. From FAD to FAD: A theoretical formulation and proposed name change for “drunkorexia” to food and alcohol disturbance. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 51. Num. 8. 2018. p. 831-834.

Fan, Y.; Li, Y.; Liu, A.; Hu, X.; Ma, G.; Xu, G. Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *BMC Public Health*. Vol. 10. Num. 314. 2010. p. 1-12.

Freire, G. L. M.; Paulo, J. R. S.; Silva, A. A.; Batista, R. P. R.; Alves, J. F. N.; Junior, J. R. A. do N. Body Dissatisfaction, addiction to exercise and risk behaviour for eating disorders among exercise practitioners. *Journal of Eating Disorders*. Vol. 8. Num. 23. 2020. p. 1-9.

Gonçalves, J. A.; Moreira, E. A. M; Trindade, E. B. S. M.; Fiates, G. M. R. Eating Disorders in Childhood and Adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*. São Paulo. Vol. 31. Num. 1. 2013.

Grilo, C.; Sinha, R.; O'Malley, S. Eating disorders and alcohol use disorders: Research update. *Alcohol Research & Health*. Vol.26, Num. 2. 2002. p. 151-160.

Krahn, D.; Kirth, C.; Gomberg, E.; Drownowski, G. Pathological dieting and alcohol use in college women — A continuum of behaviors. *Eating Behaviors*. Vol. 6. 2004. p. 43-52.

Leasure, J. L.; Neighbors, C.; Henderson, C. E.; Young, C. M. Exercise and Alcohol Consumption: What we know, What we need to know and Why it is importante. *Front Psychiatry*. Vol. 6. Num. 156. 2015.

Matteo, I.; Giovanni, M.; Massimo, G. Drunkorexia: an emerging trend in young adults. *Eat Weight Disord*. Num. 22. 2017. p. 619-622.

Meyer, J.; Morrison, J.; Zuniga, J. The Benefits and Risks of CrossFit: A Systematic Review. *Workplace Health & Safety*. Vol. 65. Num. 12. 2017. p. 612-618.

Micali, N.; Hilton, K.; Natatani, E.; Heyman, I.; Turner, C.; Mataix-Cols, D. Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychol Med*. Vol. 7. 2011. p.1-7.

Mukaka, M. M. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal: the journal of Medical Association of Malawi*. Vol. 24. Num. 3. 2012. p. 69-71.

Peralta, R. Alcohol use and the fear of weight gain in college: Reconciling two social norms. *Gender Issues*. Vol. 20. 2002. p. 23-42.

Rahal, C. J.; Bryant, J. B.; Darkes, J.; Menzel, J. E.; Thompson, J. K. Development and validation of the compensatory eating and behaviors in response to alcohol consumption scale (CEBRACS). *Eating behaviors*. Vol. 13. Num. 2. 2012. p. 83-87.

Rivas, T.; Bersabé, R.; Jumenez, M.; Berrocal, C. The eating attitudes test (EAT-26) - Reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish Journal Psychology*. Vol. 13. 2010. p. 1044-1056.

Silva, D.; Ferriani, L.; Viana, M. C. Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Vol. 65. Num. 5. 1992. p. 731-738.

Stewart, S.; Angelopoulos, M.; Baker, T.; Boland, F. Relations between dietary restraint and patterns of alcohol use in young adult women. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 14. 2000. p. 77-82.

Stice, E.; Rohde, P.; Shaw, H. *The body Project: A Dissonance- Based Eating Disorder Prevention Intervention*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.

Suisman, J. L.; Slane, J. D.; Burt, S. A.; Klump, K. L. Negative affect as a mediator of the relationship between weight-based teasing and binge eating in adolescent girls. *Eating Behaviors*. Vol. 9. Num. 4. 2008. p. 493-496.

The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. *Food for thought: Substance abuse and eating disorders*. December. New York. 2003.

Thompson-memmer, C.; Glassman, T.; Diehr, A. Drunkorexia: A new term and diagnostic criteria. *Journal of American College Health*. Vol. 67. Num. 7. 2019. p. 620-626.

Treasure, J; Duarte, T. A.; Schimidt, U. Eating Disorders. *The Lancet*. Vol. 395. 2020. p. 899-911.