

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

GISELE ARAÚJO MAGALHÃES

Belo Horizonte
2010

GISELE ARAÚJO MAGALHÃES

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PUBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2010

Magalhães, Gisele Araújo.
M188a Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em alunos de uma universidade pública [manuscrito]. / Gisele Araújo Magalhães. - Belo Horizonte: 2010.
115 f.
Orientador (a): Cristiane de Freitas Cunha Grillo.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Anorexia. 2. Bulimia. 3. Reprodutibilidade dos Testes. 4. Inquéritos e Questionários. 5. Dissertação Acadêmica. I. Grillo, Cristiane de Freitas Cunha. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 175



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpq@medicina.ufmg.br



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado de GISELE ARAÚJO MAGALHÃES, nº de registro 2008653816. As quinze horas e trinta minutos, do dia quinze de abril de dois mil e dez, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **"AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA"**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Cristiane de Freitas Cunha, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Cristiane de Freitas Cunha/ Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Alexandra Magna Rodrigues	Instituição: Univ. de Taubaté	Indicação: <u>APROVADA</u>
Prof. João Gabriel Marques Fonseca	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 15 de abril de 2010.

Profa. Cristiane de Freitas Cunha/ Orientadora

Cristiane de Freitas Cunha

Profa. Alexandra Magna Rodrigues

Alexandra Magna Rodrigues

Prof. João Gabriel Marques Fonseca

João Gabriel Marques Fonseca

Prof. Joel Alves Lamounier/Coordenador

Joel Alves Lamounier

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. Joel Alves Lamounier
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina - UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

DEDICATÓRIA

Para meus pais, com quem compartilhei e contei em cada passo deste trabalho, e ao meu filho, Lucas, que, com tão tenra idade, compreende e retribui, sempre com um sorriso, as horas perdidas no nosso convívio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida;

Em especial, a minha orientadora, Professora Dra. Cristiane de Freitas Cunha Grillo, pela dedicação, disponibilidade, incentivo, compreensão e ensinamentos técnicos e de vida. Muito obrigada!

A minha mãe, Marilene Araújo de Magalhães, demonstrando constante de amor incondicional, abrindo mão de si para me ajudar nesta caminhada;

Ao meu pai, Carlos Augusto Soares de Magalhães, pelo incentivo, alegria e apoio contínuo, suporte imprescindível para o sucesso desta jornada;

Ao meu irmão, Rodrigo Araújo de Magalhães, pelo apoio, amizade e carinho;

Ao meu filho, Lucas, por ter caminhado junto comigo nestes dois anos, dentro e fora da barriga, sempre a me receber com sorriso e festa, compreendendo os motivos da ausência, compensando com muito amor e carinho as horas de convívio perdidas;

À amiga Márcia Rocha Parizzi, por me oferecer apoio e carinho, desde o início desta caminhada;

Ao “tio” Lincoln Marcelo Silveira Freire (in memoriam) pelo apoio, incentivo e ajuda neste projeto;

A toda a equipe de professores e funcionários do programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, pelos preciosos ensinamentos e serviços prestados;

Às alunas de nutrição, que tanto me ajudaram no trabalho de coleta de dados, principalmente a Juliana Andrade;

À nutricionista Isabela Ribas, pelo apoio constante;

Aos componentes do NIAB – Núcleo de Investigação de Anorexia e Bulimia e do ambulatório da Saúde da Criança e do Adolescente, em especial ao professor Roberto Assis, pelo precioso apoio e acolhimento;

Aos professores e alunos que cederam seu tempo para a coleta de dados;

À colega Thalita de Figueiredo e Silva Castro, pela gratuidade da sua contribuição;

Aos professores convidados para compor a banca de defesa: João Gabriel Marques Fonseca, Alexandra Magna Rodrigues e Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira, pela disponibilidade e contribuição;

À secretaria Jussara da Pós Graduação em Ciência da Saúde da UFMG

Aos amigos e familiares, pela paciência, compreensão e carinho;

À professora Maria de Fátima Teixeira Caldas, pela disponibilidade e grande contribuição na revisão deste trabalho.

RESUMO

Avaliar Sintomas de risco para anorexia nervosa e bulimia através de 2 testes validados, parece uma tarefa fácil e simples. Mas o presente estudo mostra o desafio deste procedimento. Este estudo tem como objetivo avaliar a relação do curso universitário escolhido com os sintomas de transtornos alimentares, investigando a relação existente entre o sexo. **Metodologia:** A população-alvo foi constituída principalmente por alunos de turmas de 3º período. A identificação dos sintomas de transtornos alimentares foi realizada através de dois questionários: EAT (*Eating Attitudes Test*) e BITE (*Bulimic Inventory Test Edinburgh*), além de um questionário demográfico, para estratificação dos dados de acordo com a idade, sexo, curso e o número de identificação. Foi feita uma análise descritiva dessas variáveis categóricas, por intermédio de tabelas de distribuição de frequências. As variáveis contínuas foram analisadas por meio de medidas de tendência central e variabilidade. Para comparar os resultados finais das escalas EAT e BITE por sexo, período e curso, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções, ou o teste exato de Fisher, que é apropriado para os casos em que são utilizadas amostras com pequenas frequências. Todas as análises foram feitas para o grupo total, alunos de 18 a 20 anos incompletos e alunos com 20 anos completos ou mais que se dispuseram a participar. Em todas as análises, considerou-se um nível de 5% de significância. Foi utilizado o software SPSS, versão 12.0. **Resultados:** dos 374 alunos entrevistados, 57,2% dos alunos entrevistados eram do sexo feminino, e 29,9% tinham menos de 20 anos de idade. A idade média foi de quase 22 anos, com máximo de 45 anos. 6,7% do total de alunos entrevistados apresentaram comportamento sintomático na escala EAT (escore > 21). Além disso, 28,7% apresentaram padrão alimentar não usual, isto é, BITE entre 10 e 19. Apenas 2,9% apresentaram comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de bulimia. Os outros cursos de ciências exatas (matemática, ciências da computação, ciências atuariais, física e matemática computacional), os cursos de nutrição e de música não apresentaram nenhum caso de EAT maior que 21. As maiores prevalências foram observadas para os cursos de medicina (9,1%); outros cursos das ciências da saúde (9,5%); e ciências humanas (9,8%). Entretanto, não se pode afirmar que existe diferença significativa entre os cursos (valor-p=0,614). Com relação ao período, a maior prevalência de EAT maior que 20 ocorreu para os alunos do 3º período (7,2%), e a menor (3%), para os 1º e 2º períodos. Houve diferença significativa entre as prevalências do EAT alterado entre homens e mulheres (valor-p<0,05). Percebe-se que a prevalência de EAT > 21 foi de 10,2% entre as mulheres, e de apenas 2% entre os homens. Com relação à idade, não houve diferença significativa (valor-p>0,05); a prevalência de EAT > 21 foi de 7,5% entre os alunos com menos de 20 anos e de 6,1% entre aqueles com 20 anos ou mais. **Considerações finais:** Os dados de alta prevalência em estudantes do sexo feminino, corroborados com outros aspectos da literatura, demonstram a propagação do ideal de magreza nesta população específica. A não significância estatística, mas a diferença de prevalência entre os cursos escolhidos demonstra a necessidade de implementar novos métodos de avaliação, uma vez que alguns dados obtidos contrariam a literatura.

Palavras Chaves: Transtornos alimentares; anorexia; bulimia; EAT; Bite;

ABSTRACT

Evaluate symptoms of risk for anorexia nervosa and bulimia through 2 validated tests, it seems a simple and easy task. But this study shows the challenge of this procedure. This study aims to evaluate the relationship of University course chosen with the symptoms of eating disorders, investigating the relationship between the sexes. Methodology: the target population was composed primarily of students from classes of 3rd period. The identification of the symptoms of eating disorders was held through two questionnaires: EAT (Eating Attitudes Test) and BITE (Bulimic liars Inventory Test Edinburgh), plus a demographic questionnaire for stratification of the data according to age, sex, year and the identification number. A descriptive analysis of categorical variables, through frequency distribution tables. The continuous variables were analyzed by means of measures of central tendency and variability. To compare the final results of the scales EAT and BITE by sex, period and course was used Chi-square test of Pearson for comparing proportions, or the Fisher exact test, which is appropriate for cases where samples are used with small frequencies. All analyses were made to the total Group, students from 18 to 20 years incomplete and students with 20 years or more who were willing to participate. In all analyses, a 5% level of significance. SPSS software was used, version 1.0. Results: of 374 students interviewed, 57.2% of the students interviewed were female, and 29.9% had less than 20 years of age. The median age was almost 22 years, with a maximum of 45 years. 6.7% of total students surveyed reported symptomatic behavior scale EAT (score > 21). In addition, 28.7% showed unusual food standard, i.e. BITE between 10 and 19. Only 2.9% showed great and compulsive feeding behavior to bulimia. The other courses of exact sciences (mathematics, computer science, actuarial science, physics and computational mathematics), the nutrition courses and music did not submit any case EAT larger greater than 21. The highest prevalence were observed for courses of Medicine (9.1%); other courses of Health Sciences (9.5%); and Humanities (9.8%). However, we cannot say that there is significant difference between the courses (p value = 0.614). With respect to the period, the higher prevalence of EAT larger than 20 occurred to pupils of 3rd period (7.2%), and the smallest (3%), for the 1st and 2nd periods. Significant difference between the prevalence of EAT changed between men and women ($<0,05$). p -value was 10.2% among women, and only 2% among men. With respect to age, there was no significant difference (p value > 0.05); the prevalence of EAT > 21 was 7.5% among students aged under 20 and 6.1% among those aged 20 or more. Final thoughts: The high prevalence in female students, corroborated with other aspects of literature, the propagation of ideal of leanness this specific population. No statistical significance, but the difference in prevalence among the courses chosen demonstrates the need to implement new methods of evaluation as show some results.

Key Words: Eating disorders; anorexia; bulimia; EAT; Bite

DEDICATÓRIA.....	5
AGRADECIMENTOS.....	6
RESUMO	8
ABSTRACT.....	9
1 INTRODUÇÃO	11
2. DESENVOLVIMENTO	45
2.1 OBJETIVOS.....	45
2.2 METODOLOGIA.....	45
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
3.1 ANÁLISE AMOSTRA TOTAL.....	51
4 CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:	92
APENDICE I Parecer do Comitê de Ética da UFMG	102
APENDICE II Carta Convite as Faculdades.....	103
APENDICE III Termo de Livre Consentimento para Pesquisa	106
ANEXO I- Teste de Investigação Bulímica de Edinburg BITE	108
ANEXO II TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES - EAT	112
ANEXO III Questionário DemográficoQUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO	115

1 INTRODUÇÃO

RELEVÂNCIA DO TEMA

Este trabalho teve origem a partir da tentativa de responder a uma pergunta: A incidência de transtornos alimentares como anorexia nervosa e bulimia nervosa, bastante recorrente no universo acadêmico contemporâneo, tem alguma relação com o curso universitário escolhido?

Esta pergunta pode parecer óbvia, uma vez que a literatura aponta alguns cursos como nutrição, medicina, e dança como grupo de risco. Hoje em dia, contudo, pessoas de diversas áreas de atuação que diferem deste grupo de risco têm apresentado sintomas de transtornos alimentares e/ou a doença já instalada.

O primeiro contato com um caso comprovado de anorexia nervosa aconteceu há sete anos, durante a internação de uma paciente no hospital em que trabalho. O diagnóstico apontava alterações hidroeletrólíticas em decorrência de anorexia nervosa. A paciente apresentava um histórico dessa enfermidade que se mantinha há, aproximadamente, seis anos, resultante de uma história de vida muito rica na doença e muito vazia de si mesma.

Desde então, teve lugar o acompanhamento e interesse contínuo por este caso, assim como pelos novos casos que surgiam na rotina de meu consultório. Vendo e sentindo a dificuldade do nutricionista quanto a atuar adequadamente em casos semelhantes, vislumbrou-se a possibilidade de fazer um estudo com a finalidade de ajudar tais pacientes, que, em geral, têm prazer em discutir alimentos, a alimentação ou a não alimentação.

Tornou-se, assim, óbvia a necessidade de promover uma melhor escuta aos pacientes, bem como de desenvolver estudos mais consistentes nessa área. Sem dúvida, vivencia-se, nos últimos anos, um aumento contínuo e regular no número de pacientes com transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia), sendo que muitos deles cursam ou querem cursar nutrição, medicina, moda ou psicologia.

A observação sistemática do comportamento de alunos de nutrição, realizada nos últimos anos, tem revelado a incidência constante de algum tipo transtorno alimen-

tar, obesidade ou relatos de vivência anterior de problemas dessa natureza. Afinal, a experiência pessoal conta na escolha do curso?

A tentativa de responder a todas estas questões, advinda do interesse geral suscitado pelo assunto, foi um dos determinantes para o surgimento da proposta de criação de um ambulatório voltado ao tratamento de transtornos alimentares, para atender, principalmente, alunos universitários da instituição na qual sou professora.

A escolha do público-alvo foi feita a partir de observações pessoais, fundamentada também na literatura disponível, que aponta a adolescência como um momento de risco para os transtornos alimentares.

A adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. (OMS, 1965). As mudanças físicas e psicológicas que ocorrem nesta fase, associadas aos contextos individuais, cognitivos e sociais, são transformações importantes, que marcam a transição para a idade adulta.

A grande maioria dos adolescentes passa por essas mudanças sem apresentar dificuldades sociais, emocionais e comportamentais relevantes quando adultos (COLLINS et al., 2000, apud SMETANA, 2006; STEINGERG, 1999, apud STEINBERG, 2001).

No entanto, tais alterações podem fazer com que alguns adolescentes se sintam vulneráveis e inquietos. Devido à necessidade de romper com velhos padrões e serem aceitos pelo grupo social, começam, então, a adotar padrões de comportamento saudáveis ou não, influenciados pelo meio sociocultural e por hábitos familiares, que, muitas vezes, são mantidos no futuro (CAMPANA, SOUZA, 2006).

Pode-se situar a relação às identificações dos adolescentes:

Trata-se, para o sujeito, de inventar identificações imaginárias ou simbólicas. É o fundamento dos grupos de adolescentes. Essas formas de tratamento do gozo indicam o real da separação do Outro. O real a ser tratado se articula, logo de início, com o enlaçamento ao outro, ao desejo do outro sexo. (STEVENS, 1998)

Os transtornos alimentares constituem uma área de crescente interesse de profissionais da saúde, uma vez que os casos diagnosticados no mundo ocidental industrializado têm tido um aumento significativo, não só em adolescentes e adultos, como também em crianças (VILELA, 2000).

Pode-se relacionar o aumento da incidência dos transtornos alimentares com as exigências sociais relacionadas à aparência do corpo, que, nas últimas décadas, apresentam como modelo a extrema magreza, com aspecto pré-puberal, sem as formas características da mulher adulta (TONIAL, 2001).

A anorexia nervosa foi o primeiro transtorno alimentar a ser reconhecido a partir dos relatos de Gull e Laségue, no século XIX; já a bulimia nervosa só foi descrita cerca de um século mais tarde. Vários estudos vêm, consistentemente, demonstrando um aumento da incidência de anorexia nervosa e bulimia nervosa nas sociedades industrializadas do ocidente, entre os anos 50 a 80, quando parecem ter atingido um platô (FAIRBURN & BEGLIN, 1990, HSU, 1996).

Diversos autores têm-se referido à preocupação dominante com a perda de peso, especialmente nos países de cultura ocidental, enfatizando o crescente número de mulheres que manifestam sua inconformidade com o peso e a aparência física e que, frequentemente, recorrem a dietas e outras formas de controle ponderal (ROZENSZTEJN, 1998).

Segundo Hay (2002), as primeiras estimativas de prevalência pontual de transtornos alimentares superestimaram a bulimia nervosa. Em estudos posteriores, a bulimia nervosa tem prevalência de cerca de 1% das mulheres jovens ocidentais; já a anorexia nervosa apresenta prevalência de cerca de 0,5% dessa população.

Segundo Fischer et al (1995), a prevalência da anorexia nervosa na população adolescente e juvenil feminina fica entre 0,5 e 1%; e, em mulheres adolescentes e adultas, varia de 2% a 5%. O número de casos novos por ano teve, entre 1955 e 1984, um aumento constante em adolescentes de 10 a 19 anos.

Estima-se que a prevalência de bulimia nervosa na população feminina adolescente e jovem adulta seja entre 1% e 4% (OLIVEIRA, 2003). Há maior acometimento do sexo feminino, sendo 90% de mulheres e 10% em homens; 95% de raça branca e

75% de adolescentes (MADUEÑO, 2003; ALVARENGA, SCAGLIUSI & PHILIPPI, 2004).

O processo de urbanização vem acompanhado de mudanças comportamentais, principalmente as que estão relacionadas à dieta e atividade física. A realidade mundial mostra que, enquanto pessoas sofrem por falta de alimentação, outras são vítimas de desgastantes dietas em busca do corpo perfeito.

São fatores que influenciam no comportamento alimentar feminino: a autopercepção corporal, refletida como uma grande insatisfação com sua própria imagem; a influência familiar; a frequência de uso de dietas restritivas, que quanto maior mais indicativa de preocupação de peso corporal; a prática de atividade física; e a leitura de revistas que exaltam a utilização de dieta e a magreza como símbolo de poder e de beleza.

Esses indicadores podem prever a abertura de condutas impróprias da pessoa na tentativa de “perda de peso” e da “busca do corpo considerado por ela como ideal” (MAGALHÃES, MENDONÇA, 2005).

Considera-se a cultura como um componente importante na imagem corporal. Ao longo dos anos, os padrões de beleza feminina vêm mudando. Na década de 60, teve início um culto à magreza; na década de 80, ocorreu um crescimento considerável em relação a produtos relacionados à manutenção do corpo, com o advento de aparelhos de musculação, suplementos nutricionais, revistas de boa forma e saúde, regimes alimentares e cirurgia plástica (BASAGUREN, GUIMÓN, 1997; CORDÁS, SEGAL, 1998.).

Este ambiente sociocultural justifica a perda de peso como uma simbologia de que a beleza física proporcionaria autocontrole, poder e modernidade, idealizando um padrão impossível ou impróprio, incompatível para a maioria da população (SOUTO, BUCHER, 2006).

Recalti (2003) propõe que a anorexia e a bulimia não constituem moléstias relacionadas ao apetite, e sim ao amor. No final da década de 60, a anorexia se tornou mais uma moléstia da burguesia, uma moléstia social, que se alastrou, principalmente, na sociedade capitalista. Uma segunda modificação, que se deslocou da anorexia para a bulimia, instalou-se como uma patologia da adolescência.

A bulimia e a anorexia são as duas faces de uma mesma doença. Há uma troca da anorexia para a bulimia e do universo atingido pelo transtorno alimentar, tido como da adolescência, aparecendo em faixas etárias mais tardias. A anorexia é uma manifestação absoluta de narcisismo, é o ideal. O sujeito pensa adquirir, dessa forma, total controle, total domínio. Já na bulimia, o sujeito experimenta exatamente o contrário, a total falta de limite. A bulimia é uma vertente da anorexia (RECALCATI, 2003).

Segundo Souto e Bucher (2006), os riscos decorrentes da prática indiscriminada de dietas de emagrecimento, estimulada por familiares, amigos, pela mídia e por profissionais como nutricionistas, endocrinologistas e outros que prescrevem dietas restritivas favorecem o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Segundo Tucci e Peters, a exaltação da mídia ao padrão de magreza como padrão de beleza feminina não aumenta a incidência de transtornos alimentares; no entanto, esta exposição pode ter um impacto imediato em alguns comportamentos, atitudes e percepção do corpo, conduzindo a uma insatisfação corporal e à consequente busca pela magreza.

Rodrigues et. al. (2009) relata que a maioria das adolescentes na profissão de modelo têm a composição corporal dentro do padrão para esta faixa etária, sendo os valores médios de gordura corporal semelhante para adolescentes não modelos.

A mídia veicula a moda, e os TA são sintomas da moda. Ao se navegar pela internet, em especial por comunidades, blogs, fotoblogs ou outros sites que possibilitam acesso e comunicação entre os que postam e os que lêem, é fácil notar que grande parte dessas possui conteúdo dedicado à “Ana” ou a “Mia”, codinomes dados à anorexia e bulimia, respectivamente. Cultuar ao corpo, como “Deus”, já não é o bastante. Novas divindades têm sido eleitas e erguidas no ciberespaço.

Até o início dos anos 90, indivíduos com TA tinham poucas oportunidades de socialização, freqüentemente cercados por um ambiente ora médico, ora familiar, por vezes impregnado de acusação. Hoje, existem centenas de comunidades virtuais nas quais há uma dispensa do conselho médico e o oferecimento de suporte pelos pares com os mesmos transtornos (BROTSKY & GILES, 2007).

As estimativas do tamanho da comunidade pro-ana e pro-mia variam, sendo que alguns autores chegaram a marca de 200 a 400 comunidades nos EUA (BROTSKY & GILES, 2007). Uma simples busca pelo Google, com os termos “blog”, “ana” e “mia” chega a gerar aproximadamente 715.000 resultados. Ao se usar o termo “fotoblog” 111.000 páginas a serem consultadas são disponibilizadas. Quando se trata do Orkut, mais de 501 comunidades são achadas ao se buscar por anorexia, 105 por bulimia e os termos “ana” e “mia” possibilitam acessar 98 comunidades.

Anas e Mias compartilham, em seus diários, dietas para emagrecer conhecidas como *no food* (jejum absoluto) e *low food* (redução importante na quantidade ingerida) e truques para “miar”, isto é, vomitar, sem que a família perceba. Muitos destes sites têm fóruns interativos de membros para troca de conselhos e histórias, permitindo aos usuários discutir as suas experiências com os compreensivos (e anônimos) pares, criando um sentido autêntico "da comunidade" (BROTSKY & GILES, 2007; LEMOS s/d).

Os proprietários desses sites descrevem a anorexia de formas variadas, tais como "doença", "condição" ou "estilo de vida", sendo que alguns membros enfaticamente negam a descrição "estilo de vida", enquanto os outros optam por combinações de descrições (BROTSKY & GILES, 2007).

Para os que nomeiam a AN como “estilo de vida”, a defesa do sintoma ganha ares de bandeira. Na rua ou na internet, “anas” e “mias” se reconhecem umas nas outras na evidência do sintoma. Não há enigma. Os editoriais de modelos anoréxicas, que servem de paradigma, constituem uma espécie de identidade coletiva, demonstrando o achatamento da singularidade. Em alguns blogs, a fitinha vermelha associa-se ao slogan “Amigas para sempre” sendo reproduzida graficamente em muitos sites como signo de pertencimento (LEMOS, s/d). Absorver esses símbolos, incorporando-os, pode significar um posicionamento positivo dos indivíduos frente à eles, no intuito de preservarem sua auto-estima pela sensação de pertencimento gerada (BROTSKY & GILES, 2007).

A espetacularização do sintoma é outro dado a considerar. Quem está na internet quer ver e ser visto, por isso a profusão de sites com webcams 24 horas on-line, além dos fotologs, brinquedinhos narcisistas produzidos pela lógica do mercado (LEMOS, s/d).

A pergunta de porque os indivíduos são atraídos a sites pro-ana e pro-mia, parece ter pouco a ver com a necessidade de compartilhar uma filosofia ou perspectiva, e pode originar-se do desejo simples de pertencer a uma comunidade segura de indivíduos com experiências semelhantes. No conteúdo dessas páginas, fica explícito que o suporte “*offline*” é, por vezes, insatisfatório (BROTSKY & GILES, 2007). Claramente a necessidade do suporte online deriva da incapacidade dos usuários para compartilhar a sua experiência desarranjada com a comida com sua família ou amigos.

Uma construção muito comum em sites pro-ana é a aceitação passiva da “ana” como inevitável. É como se os usuários se sentissem forçados a adotar uma posição onde eles não têm alternativa, tendo que desenvolver uma estratégia, a AN. É também possível que a identidade “ana”, seja a mais positiva entre as que são ofertadas para o indivíduo diante da sua dificuldade em lidar com seu problema (BROTSKY & GILES, 2007).

O fato dessas meninas se nomearem “anas” e “mias” indiscriminadamente é outro dado, além de se referirem à anorexia como a “melhor amiga”.

A anorexia nervosa é uma doença sedutora na sociedade da opulência, do excesso. As mulheres anoréxicas se mantêm com nada. Esse heroísmo difícil de entender na sociedade atual faz com que a doença seja atrativa para os meios de comunicação. A anorexia e a Bulimia se tornaram protagonistas de várias páginas de revistas, jornais e espaços televisivos (MADUEÑO, 2003).

Curiosamente, no Brasil de hoje, há uma maior proporção de obesidade entre as mulheres mais pobres que entre as mais ricas. Mas, diferente do “corpo magro”, o “corpo obeso” não inspira palavras de aprovação de ninguém. Nem mesmo as mulheres em situação de pobreza gostariam de ter perdido as formas femininas que tanto apreciam. Quer dizer, o olhar de censura provocado pelo padrão de beleza midiático foi introjetado tanto pelas que vivem na abundância como para aquelas que padecem da fome (TONIAL, 2001).

Na anorexia, também há uma perda das formas femininas, que pode ser um efeito desejado. A concentração autista sobre a imagem do próprio corpo fecha o sujeito anoréxico em um círculo asfixiante: o corpo é rejeitado em sua carnalidade, mas im-

possibilitado de sujar efetivamente a dimensão de corpo vivente. Obriga, assim, o sujeito a fazer a sua vida ter um único sentido ao redor deste corpo (RECALCATI, 2003).

A anorexia nervosa é descrita quase que simultaneamente por Laségue, na França, e por Gull, na Inglaterra, na segunda metade do século XIX. Porém, o jejum prolongado existe há séculos. Entre os séculos V e XIII, o jejum voluntário ou a inanição autoimposta aparecem em relatos na literatura teológica. O primeiro relato médico aparece em 1691, por Richard Morton (BUSSE, 2004). Há divergência na literatura quanto a serem os fenômenos de abstinência alimentar observados principalmente no contexto religioso análogos à anorexia nervosa (NUNES, 1998).

Segundo Recalcati (2003), a experiência da perda e do ter, da renúncia, do sacrifício, do prazer, da privação e da mortificação do corpo anoréxico nunca dá lugar a uma dialética autenticamente mística. Este valor, adquirido pelo crescimento da anorexia nas anoréxicas da contemporaneidade, não aborda o plano de transcendência, não abre ao mistério do absoluto, senão do ideal o que habita mundanamente o corpo anoréxico como realização do ideal social do corpo magro.

É nesse sentido que o misticismo anoréxico é um pseudomisticismo. O imutável não é Deus, e sim o corpo magro, como um *fetich*e. É fácil constatar um desejo desta civilização paga com o sujeito e seu corpo para o Outro, que caracteriza a paixão mística. Nos casos de anorexia, impõe-se uma forma contemporânea de religião do corpo. No corpo magro são concentrados os atributos ideais de Deus, em primeiro lugar a imutabilidade (RECALCATI, 2003).

Como seria possível resolver o mistério deste *plus* que se produz sobre a exploração real do corpo sobre a emancipação progressiva do corpo vivo? É difícil entender esta transformação do menos em mais e o novo valor adquirido pelo corpo anoréxico (RECALCATI, 2003).

A bulimia nervosa (BN) foi, por muito tempo, descrita na literatura como fome voraz. As primeiras descrições estão no Talmud babilônico, copilados entre 400 e 500 a.C.. Como parte da anorexia nervosa, a bulimia nervosa foi observada por Gull em 1870, mas, depois disto, há poucos registros nos 60 anos seguintes.

Porém, na década de 40, com o trabalho de Ludwig Bisnswanger, voltam a surgir relatos. Assim, Bruch (1974), ao revisar suas consultas, constata que cerca de 25% de suas pacientes anoréxicas experimentavam episódios bulímicos. Mas é em 1979 que Russel a descreveu como uma forma sinistra de anorexia nervosa (NUNES, 1998, VILELA, 2000, BUSSE, 2004).

A anorexia nervosa é uma doença que ocorre com mais frequência em jovens mulheres, com prevalência ao longo da vida estimada nesse grupo entre 0,5–3,7%. A proporção entre homens e mulheres varia em torno de 1:10, e essa amostra atenua em idade mais precoce. Os estudos mais bem documentados mostram prevalência na faixa etária entre 12 a 25 anos, mas com picos de incidência entre 14–15 anos e 18 anos (VILELA, 2000, NETO, 2003).

Já a bulimia nervosa tem seu começo mais tarde, em torno de 16 a 19 anos, com picos de incidência entre 18 e 19 anos, mas as pacientes costumam buscar ajuda depois de alguns anos de doença ativa, cerca de 3 a 5 anos (BUSSE, 2004). Diversos estudos sugerem um crescimento significativo na incidência de transtornos alimentares nas últimas décadas, mesmo em culturas em que este diagnóstico é considerado menos frequente (NETTO, 2003).

Freitas *et al.* (2002) fazem uma revisão dos atuais instrumentos usados para mensurar os principais aspectos psicopatológicos dos transtornos alimentares. Dentre os instrumentos revistos por estes autores, está o *BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh)* (Anexo I) e o *EAT (Eating Attitudes Test)* (Anexo II).

O primeiro, desenvolvido para o rastreamento e a avaliação da gravidade da bulimia, fornece resultados de duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas. Escores maiores ou iguais a 20 indicam comportamento de compulsão alimentar, com grande possibilidade de bulimia; escores entre 10 e 19 sugerem padrão alimentar não usual.

O EAT, por sua vez, indica a presença de alterações dos padrões alimentares, mas não revela a possível psicopatologia subjacente. Ambos são instrumentos autoaplicáveis e apresentam vantagens como a facilidade de aplicação, além de proporcionarem eficiência e baixo custo econômico.

A importância do tema abordado e a contundência de experiências pessoais vivenciadas em consultório e na de aula fizeram germinar a idéia da realização de um estu-

do quantitativo, utilizando como instrumento de avaliação os questionários EAT e BITE, ferramentas já validadas no Brasil e de uso comum neste tipo de estudo. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e aprovado em Julho de 2008 [PARECER nº ETIC 275/08(APÊNDICE I)].

Em função de extenso levantamento bibliográfico, esta parte será apresentada em 2 tempos.

- Reflexão Sobre Alimentação e Comportamento
- Prevalência de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa em Universitários

O restante da dissertação será apresentada seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

REFLEXÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO E COMPORTAMENTO

ALIMENTAÇÃO

A alimentação é um fator essencial na vida da humanidade, por ser uma necessidade básica e, principalmente, porque a sua obtenção tornou-se um problema de saúde pública, pois a falta ou o excesso podem causar várias doenças (ABREU, 2001).

A fome é caracterizada como a necessidade urgente de comer, ou de introduzir alguma coisa no estômago. No dicionário Aurélio, a palavra “fome” tem o significado de: grande apetite de comer. Apetite é o desejo de comer determinados alimentos, acionado por necessidade ou prazer (ANGELIS, 2000). Entretanto, a fome é uma das sensações mais complexas que o ser humano pode experimentar. É um somatório de sensação, emoção e simbolismo (FONSECA, 2001).

A fome, hoje, é resultado não só da pouca disponibilidade de alimentos para os grupos de baixa renda, mas também da redução da qualidade desses produtos, excessivamente industrializados. Alimentos que são produzidos com enormes quantidades de açúcares, sal, gorduras e aditivos químicos tornam-se mais comuns na vida da população (BLEIL, 1998).

Em todo o mundo, mais de 100 países são importadores de alimentos, mas nem todos são consumidores desses produtos. Em alguns países, como Bangladesh, Etiópia e Haiti, este fator influencia muito a manutenção da fome e da pobreza. Normalmente, o *déficit* de alimentos disponíveis nos países em desenvolvimento está associado à fome e pobreza.

Conferências realizadas nas últimas décadas revelaram que os problemas primários da humanidade estão inter-relacionados a fatores como o crescimento econômico, o

meio ambiente, o desperdício de alimentos, a urbanização, cuidados com as crianças e desenvolvimento econômico (*Comite Nacional de Los Estados Unidos*, 1992).

Mudanças de hábitos alimentares têm sido observadas em diversos países, quase sempre associadas ao sistema de desenvolvimento da produção e distribuição de gêneros alimentícios, assim como à urbanização, influenciando no estilo de vida e saúde da população (MONDINI E MONTEIRO, 1994; OLIVEIRA, 1997 in ABREU, 2001).

Segundo MONTEIRO (2003), a fome ou a deficiência energética crônica, medida pela depleção de reservas energéticas na população adulta do Brasil, alcança frequências limitadas no país, compatíveis com uma virtual ausência de risco do problema. A distribuição regional do indicador de deficiência energética crônica aponta ausência do problema nas áreas urbanas da região Sudeste e virtual ausência do problema nas áreas urbanas do Nordeste e áreas rurais do Sudeste. Risco baixo de deficiência energética crônica (muito distante da situação documentada em países que convivem endemicamente com a fome) é encontrado nas áreas rurais da região Nordeste.

“Indicadores da fome ou da deficiência energética crônica apontam declínio intenso do problema nos anos de 1970 e 1980 e declínios de menor magnitude nos anos de 1990. Projeções das tendências mais recentes quanto à desnutrição infantil indicam que o problema poderá ser controlado no Centro-Sul urbano em alguns poucos anos, mas que, se nada de diferente for feito, o problema persistirá no restante do país por muito tempo: por mais dez anos no Nordeste urbano, 28 anos no Norte urbano, 32 anos no Centro-Sul rural e por mais 62 anos no Nordeste rural. Projeções análogas para a deficiência energética crônica indicam que o problema já teria sido virtualmente controlado em todo o Sudeste e nas áreas urbanas da região Nordeste, sendo o Nordeste rural o único território que ainda poderia ser considerado vulnerável ao problema.” (MONTEIRO, 2003)

O ato de comer não se traduz apenas na ingestão de um alimento; abrange também, as relações pessoais, sociais e culturais envolvidas nesta atitude. A cultura alimentar está ligada à manifestação da pessoa na sociedade. O alimento é uma das solicitações básicas para a existência de um povo, e a obtenção dessa comida desempenha um papel necessário na formação de qualquer cultura (LEONARDO, 2006).

Teoricamente, a fome determina quando comer; o apetite, o que comer; e a saciedade, o quanto comer. Contudo, na prática, as coisas não funcionam exatamente dessa maneira. Essas sensações não são puramente sensações fisiológicas, mas representam “sensações/sentimentos”, cujas relações entre si e com o estado emoci-

onal do individuo são complexas e, na maior parte das vezes, obscuras (FONSECA et al, 2001).

A escolha dos alimentos sacia não apenas as necessidades do corpo, mas também às necessidades da sociedade envolvida. O que é comestível é estipulado pela sociedade, a cultura ocidental instrui e leva a gostar de todo tipo de comida (BLEIL, 1998). São várias as razões que envolvem a escolha dos alimentos, sendo que mais de um fator é exposto até a decisão final. Essa escolha revela, muitas vezes, a que grupo se deseja pertencer, seja este ético, social ou de idade (BLEIL, 1998).

ASPECTOS CULTURAIS

A história da Alimentação, que foi, por muito tempo, deixada de lado, principalmente pela historiografia brasileira, aponta, agora, a sua força, por dizer muito sobre a educação, a civilidade e a cultura dos indivíduos (SANTOS, 2005).

As cozinhas locais, regionais, nacionais e internacionais são produtos da miscigenação cultural, revelando, por intermédio das várias culinárias, claros vestígios das trocas culturais. Os estudos sobre alimentação e comida conquistaram as Ciências Humanas a partir da premissa de que a formação do gosto alimentar não se dá, somente, pelo seu aspecto nutricional e biológico. Alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constituem atitudes ligadas aos usos, costumes, condutas e situações (SANTOS, 2005).

No decorrer dos anos na história, pode-se perceber que o uso ou não dos alimentos obedeceu a códigos ligados ao prestígio de que estes gozavam. As aves e a caça eram consumidas apenas pelos aristocratas, enquanto as carnes de açougues constituíam uma exclusividade da burguesia. Mais tarde, ambos vieram a consumir bons cortes de carne, e as carnes de segunda ficaram para o povo na idade média na Europa (BLEIL, 1998).

A cada época, uma região fazia seu padrão alimentar em função da disponibilidade de alimentos acessíveis à população. Esses alimentos eram adaptados à culinária regional. Atualmente, os padrões de consumo alimentar variam em diferentes partes do mundo, dependendo do grau de desenvolvimento e das condições econômicas e políticas para a produção do alimento (ABREU, VIANA e TORRES, 2001 e LEONARDO, 2006).

Antes de 1550, o princípio aceito pela maioria era de que cada pessoa deveria comer em conformidade com a sua natureza. Na história, coube aos franceses esquecer as antigas atribuições dietéticas dos alimentos, limitando-se a considerar a harmonia dos sabores. Neste momento, o gosto alimentar alcançou uma importância maior, e a cozinha passou a ser considerada uma bela-arte (ALVARENGA, 2004).

Na Espanha, é comum encontrar pessoas conversando e compartilhando sementes de girassol nas ruas, pois o ato de mastigar essas sementes constitui uma atividade social. No Paraguai, o momento sociocultural mais expressivo é a hora do *Tererê*, (*Tê* = chá, *Rerê* = círculo, roda). Significa o momento de comunhão em que se formam rodas de amigos e famílias para conversar e tomar um chá gelado durante a conversa.

Na cultura árabe, o momento das refeições é a hora de confraternização da família; as donas de casa passam grande parte do tempo no preparo dos alimentos, fazendo com que a refeição seja o mais saborosa possível. Independentemente do tempo gasto na preparação, para os árabes, o importante é o momento em que a família está em comunhão enquanto come e aprecia o que foi preparado com desvelo. (LEONARDO, 2006).

No sul do Brasil, o fator cultural é o chimarrão, que é servido numa roda de amigos, em momentos de descontração, descanso e conversa entre pessoas ligadas por laços de família ou de amizade. Na Itália, a refeição é um momento de comunhão familiar, podendo durar até mais de 3 horas. Trata-se de um momento reservado para estarem juntos, o comer é tido como um fator social.

Desde o final dos anos 50, nas grandes metrópoles, a cozinha passou a ser representada como um lugar belo e funcional, confortável e prático. No momento em que a cozinha adentrava o terreno da moda, a alimentação tendia a ocupar, rapidamente, diversos espaços da rua e da casa. Por volta dos anos 70, os locais reservados para as refeições ganharam uma mobilidade antes pouco usual para maioria da população.

Passou-se a almoçar em diversos locais, como: na cozinha, na sala, diante da televisão, em poltronas, entre outros locais aparentemente pouco adequados para exercer tal prática. A multiplicação dos restaurantes *self service* por quilo no Brasil, a

partir dos anos 80, favoreceu mudanças consideráveis nos hábitos alimentares; o cliente se serve de acordo com o que quer e com o que pode comer, ao invés de ser servido (SANT'ANNA, 2003).

Nas últimas décadas do século XX, ocorreu uma verdadeira revolução cultural. Neste fim de século, os adolescentes deixaram de aceitar as convenções ditadas pela sociedade, construídas historicamente, e ganharam maior autonomia para escolher as decisões a serem tomadas.

A indústria foi quem mais se beneficiou dessa independência, pois vislumbrou um novo mercado consumidor. Percebe-se, portanto, que a alimentação de várias culturas está se transformando rapidamente em todo mundo, como parte de uma cultura que também se modificou (BLEIL, 1998).

A comida rápida (*fast-food*) é a preferência da população ocidental, já que não se deve perder tempo no preparo da comida; tudo deve ser organizado e rápido, pois a vida corre depressa, e é preciso comer rapidamente para acompanhar essa rotina. Não existe um fator de interação social no processo alimentar, não há laços de amizade e comunhão neste momento; o importante é comer rápido, mesmo que isso venha a deixar de lado o valor nutritivo dos alimentos (LEONARDO, 2006).

“Uma das mazelas da globalização é a tentativa de impor costumes, inclusive – e principalmente – costumes alimentares (...). A padronização e a desritualização do ato de comer são uma marca registrada de muitos ambientes onde impera a alta tecnologia. Em alguns países anglo-saxões (principalmente nos Estados Unidos da América - EUA), o “fast food” representa a mais perfeita negação da arte culinária. Em todos os locais em que isso acontece em larga escala, a obesidade tornou-se um problema de dimensões endêmicas. É possível que a falta da arte culinária e dos rituais alimentares seja compensada pela ingestão de uma maior quantidade de comida, sem preocupação com a qualidade.” (FONSECA, 2001)

Na atual conjuntura, a alimentação tem-se apresentado como um apetitoso espetáculo visual globalizado, que os meios de comunicação tais como revistas, programas de televisão e *out-doors* exibem de maneira exatamente desenvolvida. Esse processo de popularização transforma alimentos de épocas e civilizações distintas em “fenômenos decorativos” para consumo global. (SANT'ANNA, 2003).

Porém, a constante exibição de extraordinárias fotos de pratos elaborados com molhos e temperos diversos vem sendo acompanhada pela multiplicação das problematizações sobre o “ato de comer” e a qualidade dos produtos alimentares. Nas duas últimas décadas, profissionais como esteticistas, esportistas, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas vêm-se dedicando à temática da alimentação, que se tornou um importante foco de perturbações e estudos. (SANT’ANNA, 2003).

A sexualidade que, nas décadas de 60 e 70, era o tema principal referente ao conhecimento do próprio corpo, tem perdido espaço significativo para a alimentação, que se tem apresentado com um poder de modificar a intimidade das pessoas, funcionando como um “índice identitário funcional” (SANT’ANNA, 2003).

Os meios de comunicação de massa têm inundado as pessoas com informações frequentemente contraditórias sobre alimentação. O que era permitido, tornou-se proibido; o proibido é, agora, obrigatório. O conceito de necessidade foi substituído por “faz bem”, “faz mal”, “deve” e “não deve”. (FONSECA 2001)

Cada vez mais, os profissionais de saúde se tornam superficiais; ao invés de fazerem uma reflexão crítica sobre a alimentação e o ato de comer, usam “macetes” e a alimentação se torna um caleidoscópio que se movimenta ininterruptamente, sem se estabilizar em uma forma definida. (FONSECA 2001)

TRANSTORNOS ALIMENTARES

A transformação do corpo passa a ser assunto prioritário e urgente, o que vem agravando concomitantemente as preocupações com a saúde e com os investimentos médicos que combinam, muitas vezes de maneira desarmônica, os padrões de beleza impostos pela mídia e as flutuações dos desejos, necessidades e sonhos pessoais (SANT’ANNA, 2003).

A comida tem um significado bem maior do que a simples satisfação das necessidades orgânicas; o alimento vai entrar como forma de aliviar sensações de vazio, ansiedade, sentimentos ou pensamentos dolorosos. Nos portadores de transtornos alimentares, este significado do alimento fica mais evidente e sintomático, na busca de ser a fala da moléstia vivida pelo sujeito (KALIL, 2007).

Os dois transtornos alimentares mais estudados são a anorexia e bulimia de fundo nervoso. A anorexia nervosa é descrita pela perda de peso à custa de dieta muito restrita, a busca desesperada pela magreza, a distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. A Bulimia é a síndrome caracterizada por repetidos ataques de hiperfagia e preocupação excessiva com o controle do peso corporal, levando o indivíduo a adotar medidas extremas a fim de mitigar os efeitos de engordar advindo da ingestão de alimentos (BUSSE, 2004, BORGES, 2006).

ANOREXIA NERVOSA

Na pessoa anoréxica, o movimento psíquico que aparece na recusa em se alimentar informa, simbolicamente, a dificuldade que as pessoas têm para se relacionarem com o outro: sentem-se com um imenso vazio interno (ARAÚJO, 2004).

O termo anorexia deriva do grego orexis (apetite), acrescido do prefixo an (privação, ausência). No início do quadro de anorexia nervosa, há uma luta ativa contra a fome; talvez por isso, a expressão “perda do apetite” não seja a mais adequada. Entre os séculos V e XIII, houve os primeiros relatos de jejuns auto-impostos, que eram interpretados como possessões demoníacas ou milagres divinos. O relato mais antigo é o da Santa Wilgefortis (do latim virgo fortis, ou virgem forte) e remonta aos anos 700-900 d.C (LACEY, 1982).

Nesse contexto, inclui-se a história da sétima filha de um rei de Portugal, que tem início quando seu pai a promete em casamento para um rei da Sicília. A jovem já teria feito um voto de castidade e prometera servir apenas a Deus. Ao saber do seu casamento, a moça rezou pedindo a Deus que a privasse de sua beleza e, por intermédio da inanição auto-imposta, perdesse os traços e contornos femininos, fazendo com que seu pretendente desistisse do casamento.

Esta jovem ficou conhecida na França e na Península Ibérica como Santa Liberata, a libertadora, pois se tornaria santa padroeira das mulheres que desejam livrar-se do assédio sexual dos homens e dos que almejam libertar-se do controle de outros (LACEY, 1982).

O historiador Rudolf Bell (1985) relatou a história de 260 santas e beatas italianas da Igreja Católica que praticaram o jejum religioso, sendo que Catarina de Siena (1347-1380) tornou-se uma das santas mais conhecidas. Era a vigésima-quarta filha e

gêmea de uma irmã que faleceu na infância. Catarina era a favorita de sua mãe e de uma irmã mais velha, que faleceu de parto quando Catarina tinha apenas 15 anos. (NUNES, 2006)

Desde o acontecimento, a moça passou a reduzir a quantidade de alimento que ingeria e a dedicar grande parte de seu tempo às orações. Na mesma época, seus pais começaram a procurar-lhe um marido, e, então, o quadro de Catarina intensificou-se. Cortou os cabelos, passava longos períodos meditando e se auto flagelava (NUNES, 2006).

No decorrer do tempo, com uma dieta à base de ervas, ela, ocasionalmente, colocava galhos na garganta para provocar o vômito. A moça relatava que, quando jejuava, sentia-se mais perto de Deus e mais forte. Catarina faleceu de inanição aos 32 anos de idade.

Figuras como Beatriz de Nazaré, no século XIII, vomitavam apenas com o cheiro da carne, e suas gargantas se fechavam quando havia comida. Mais tarde, outra santa teve destaque: no século XVII, Santa Verônica jejuava por três a quatro dias, e, às sextas-feiras, permitia-se mastigar cinco sementes de laranja, em memória das cinco chagas de Cristo (NUNES, 2006).

O primeiro relato médico de quadros correspondentes à anorexia nervosa foi de Richard Morton, em 1691, na Inglaterra. Suas observações clínicas foram baseadas em uma paciente de dezessete anos, cuja doença foi consequência de uma abstinência alimentar.

A moça tinha feições cadavéricas, os pelos haviam sido substituídos por lanugo, estava bradicárdica, hipotérmica, dentre outros sintomas. Em 1790, o inglês Robert Willan também relatou a história de um jovem com as mesmas características observadas por Morton (BRUMBERG, 1988).

Em 1859, durante o encontro da *Société Médico-Psychologique*, na França, Marcé relatou o caso de duas jovens com padrões alimentares bizarros, episódio que foi considerado um marco para os historiadores Blewett e Bottéro. Willian Gull, em 1868, relatou a história de três meninas com características extremas de emagrecimento e atribuiu o quadro à tuberculose latente ou à doença mesentérica.

Já em 1873, Charles Lasègue, na França, descreveu casos semelhantes, denominando-os de “anorexia histérica”. E então, em 1874, Willian Gull, na Inglaterra, modificou o nome da patologia de apepsia histérica, para anorexia nervosa. Mas foi na França, em 1895, que Sollier popularizou a terminologia “anorexia mental”. (BRUMBERG, 1988).

Por volta de 1914, aconteceu uma grande mudança na compreensão da anorexia nervosa, que passou a ser vista como uma doença orgânica, quando Simmonds constatou um caso fatal de caquexia, no qual a autópsia concluiu atrofia do lobo anterior da hipófise. A anorexia nervosa passou a ser confundida com a Doença de Simmonds (hipopituitarismo), com sérias implicações terapêuticas (BUSSE, 2004).

O conceito de anorexia nervosa só foi consolidado após trinta anos, quando Sheehan & Summers (1949) relataram que, apesar de existirem sintomas comuns entre os dois quadros, não havia evidências clínicas de anormalidades e nem redução significativa da função hipofisária histológica da glândula nos casos de anorexia nervosa (BEAUMONT, 1991).

No caso das mulheres envolvidas com o que se pode chamar de “anorexia sagrada”, o jejum e a negação das necessidades corporais eram uma grande prova de devoção e fidelidade a Deus, confirmando que haviam encontrado outras formas de satisfação: a eucaristia e a oração. A Igreja Católica encorajava essas práticas de ascetismo, na forma de canonização, de santificação dessas mulheres.

Com a reforma Protestante, a abstinência alimentar, chamada de *inedia* prodigiosa (inanição severa) ou *anorexia mirabilis* (perda do apetite inspirada no milagre), começou a ser considerada obra do demônio e só assim a igreja deixou de encorajá-las. Na época, era imprescindível a elucidação de cada caso de abstinência alimentar que surgisse para verificar sua autenticidade, pois suspeitava-se de que essas jovens poderiam estar buscando a notoriedade. No século XVI, na Alemanha, uma jovem foi executada ao se descobrir que ela se alimentava às escondidas. (NUNES, 2006).

Embora não se possa afirmar que a atual concepção de anorexia nervosa esteja relacionada aos casos de “anorexia sagrada”, em virtude de documentação falha e incerteza quanto às reais motivações, sentimentos e crenças das santas, alguns para-

lelos são evidentes: na Itália medieval e no ocidente atual, a abstinência da sexualidade e do alimento constituem quadros que comportam relatos de excesso de atividades, perfeccionismo, constante vigilância, desinteresse por relacionamentos comuns, autossuficiência e preferência por cuidar dos outros, ao invés de serem cuidadas (SHEEHAN, 1949).

BULIMIA NERVOSA

Ao contrário das anoréxicas, as bulímicas tentam compensar o grande vazio interno pelo excesso de alimentos. A noção de *eu* das bulímicas apresenta ser mais estruturada que a das anoréxicas; sendo assim, elas são capazes de “regurgitar” sua agressividade sobre o mundo, e não apenas sobre si próprias, como na anorexia (CORDAS e CLAUDINO, 2002).

Já para Recalti (2003), anorexia e bulimia são as duas faces de uma mesma moléstia. Para BUSSE, 2004, o termo bulimia deve ser restrito à forma de transtorno alimentar relacionado à anorexia nervosa, por compartilhar da mesma psicopatologia.

Vazio, tentativa de preenchimento, excesso de alimento, vazio não preenchido, culpa, nova tentativa de preenchimento – assim se instala o círculo emocional da bulimia. Os atos purgativos podem ser interpretados como uma imensa tentativa de expulsar objetos internos ruins e assustadores (ARAÚJO, 2004).

O comportamento de forçar o vômito é muito antigo e pode ser encontrado precocemente na história de diferentes povos da Antiguidade. No antigo Egito, por exemplo, grande parte do papiro de Eber é dedicado ao estímulo e às virtudes do ato de vomitar. Segundo Heródoto, os egípcios vomitavam e usavam purgativos todo mês, por três dias consecutivos, julgando que "todas as doenças dos homens são oriundas da comida".

Na medicina grega, é sabido que Hipócrates também recomendava a indução de vômitos por dois dias consecutivos todo mês, como um método de prevenir diferentes doenças. Os romanos criaram o *vomitorium*, que lhes permitia alimentar-se em excesso durante os banquetes, e, posteriormente, vomitar em local reservado para esta finalidade, às vezes, usando uma pena de ave para estimular o reflexo do vômito na garganta. Purgantes eram populares já na Idade Média (SHEEHAN, 1949).

Na Bulimia, há a preocupação constante com o comer. O indivíduo tem períodos de hiperfagia, nos quais uma grande ingestão de alimentos é consumida em curto período de tempo. Para tentar amenizar ou eliminar os efeitos “engordativos” dos alimentos, este sujeito provoca o vômito, abusa de purgantes, alterna períodos de inanição e o uso de drogas como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. (BUSSE, 2004)

Este levantamento bibliográfico torna possível perceber as mudanças alimentares que ocorreram ao longo dos anos, bem como a relação cultural dos alimentos com o ser humano. Evidencia-se, neste estudo, a diferença de comportamentos mediáveis alimentares e os transtornos alimentares existentes.

É de extrema importância a valorização cultural, o ato de comer e o respeito ao outro para amenizar os efeitos que padrões impostos e globalizados podem gerar em um indivíduo.

TRANSTORNOS ALIMENTARES, EAT E BITE

Nas últimas décadas, o aumento do interesse pelos transtornos alimentares e de sua importância epidemiológica conduziu a uma rápida evolução na discussão dos critérios diagnósticos, ainda que os primeiros relatos de anorexia e de bulimia nervosa tenham registro em séculos passados. O progresso registrado na discussão dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares ficou evidente com a inclusão desses transtornos no CID 9 (Codigo Internacional de Doenças), em 1979, e no DSM (Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais), em 1980.

Em 1993, o CID 10 trouxe novos instrumentos para a avaliação dos critérios diagnósticos para a anorexia nervosa. Em 1989, o DSM (III-R) classificou a anorexia nervosa entre os transtornos alimentares, considerando uma margem para perda de peso menor que no anterior. (BUSSE, 2004; CORDÁS 2004).

Com base no conceito estabelecido por Cordás (2004), a anorexia nervosa caracteriza-se pela perda intencional de peso, a expensas de dietas extremamente rígidas, com busca desenfreada pela magreza; uma distorção grosseira da imagem corporal, apresentando, inclusive, alterações do ciclo menstrual.

Etimologicamente, o termo “anorexia” deriva do prefixo grego *an* que quer dizer “deficiência ou ausência de”; e *orexis*, que significa “apetite”. Cordas (2004) adverte que o sentido etimológico do termo “anorexia” não é, sabidamente, o mais apropriado do ponto de vista psicopatológico, à medida que o indivíduo não sofre uma perda real do apetite; é ele quem decide promover a recusa alimentar.

Gamero (2002), citado por Weinberg, Cordás e Munoz (2005), nota que, com o advento do Cristianismo, na Idade Média, houve uma substituição drástica dos deuses hedonistas por cristos magros. Nesse contexto, ocorreu um verdadeiro surto de santas anoréxicas. A glotonaria passou a ser vista como índice de impureza, e a gula converteu-se em um dos sete pecados capitais. A rejeição aos alimentos foi eleita a penitência ideal para alcançar o estado máximo de espiritualidade.

Ainda de acordo com Cordás (2004), não se pode afirmar que a atual concepção de anorexia nervosa esteja relacionada aos casos de “anorexia sagrada”, em virtude da documentação falha. São muitas as incertezas quanto às reais motivações, sentimentos e crenças que moviam as atitudes das santas. Ambas as situações descrevem o excesso de atividades, de perfeccionismo, de constante vigilância, desinteresse por relacionamentos comuns, autossuficiência e preferência por cuidar dos outros ao invés de cuidarem de si próprias, ou de permitirem que alguém lhes oferecesse cuidados.

Cordás (2004) relata que um dos casos mais conhecidos do período medieval é o de Catarina Benincasa. Ela jurava manter-se virgem e entrar para um convento, e ali alimentar-se apenas de pão e de alguns vegetais; a moça se autoflagelava e, eventualmente, provocava vômitos, com ingestão de plantas.

Em 1903, Janet, um médico francês, relatou o caso de Nádia: uma moça de 22 anos de idade que manifestava repulsa ao seu corpo e um constante desejo de emagrecer – quadro que denominou *anorexie mental*. O autor atribuiu a busca dessa moça pela magreza intensa à necessidade de protelar a maturidade sexual e sugeriu dois subtipos psicopatológicos, configurados como o obsessivo e o histérico.

De acordo com DSM-IV (Diagnostic and Statical manual, IV edition) e o CID-10 (Classificação Internacional das Doenças), principal sistema classificatório de transtornos mentais, é possível identificar o indivíduo anoréxico. Este apresenta perda

constante de peso e se recusa a manter-se dentro da faixa normal de peso para sua altura (maior ou igual a 85% do esperado).

Enquadra-se, também, no quadro anoréxico o indivíduo que promove a perda do próprio peso a partir da recusa alimentar e, inclusive, não se vê como alguém que esteja magro. São, ainda, sinais de anorexia: o Índice de Massa Corpórea (IMC) abaixo ou igual a 17,5 kg/m², a amenorréia por três ciclos seguidos e o medo de engordar. (DSM – IV,1987, CID – 10,2008).

Segundo Cordás e Claudino (2002), Gerald Russel descreve pela primeira vez a Bulimia Nervosa. Este transtorno alimentar, assim como a anorexia, tem aspectos culturais da Idade Média, período em que se fazia uso de purgantes e medicações indutoras de vômitos. Segundo Alexandre Dumas (2005), esse hábito tinha a função de permitir comer mais.

A preocupação excessiva com o peso e com a imagem corporal leva o indivíduo a se valer de métodos compensatórios inadequados para o controle do peso, com vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes) dietas e exercícios físicos exagerados. (BUSSE, 2004)

Cordás e Claudino (2002) destacam que o termo “bulimia” é, etimologicamente, derivado do grego *bous* – expressão que significa “boi” – e *limos* que quer dizer “fome”. Em outras palavras, o indivíduo bulímico tem um apetite tão voraz que é capaz de comer um boi.

Os autores observam que a bulimia nervosa foi descrita por psiquiatras há quase um século, embora não fosse reconhecida como doença psiquiátrica. Faltava aos estudiosos da época um termo próprio para designar aquilo que chamavam de “obsessão da vergonha do corpo”.

O caso de Ellen West, por exemplo, apresenta um conjunto de sintomas que, hoje em dia, permitiria formular o diagnóstico, como medo de engordar, marchas exageradas, apetite voraz, alternando-se com dietas restritivas, e abuso de tabletas tireoidianas para perder peso. (ZEGERS, 1994, citado por CORDÁS e CLAUDINO, 2002).

O comportamento bulímico foi relacionado à anorexia no que diz respeito a uma associação que conduziu à definição da bulimia como uma estranha evolução da anorexia, dado descrito por Russel. Em meados da década de 70, os pacientes anoréxicos apresentavam um impulso vigoroso para comer, seguido de vômitos autoinduzidos como forma de purgação, e um medo mórbido de engordar. No entanto, a perda de peso era mínima. (RUSSEL, 1979, citado por CORDÁS e CLAUDINO, 2002).

De acordo com o DSM-IV e o CID-10, o indivíduo bulímico apresenta episódios recorrentes de compulsão alimentar, perda do controle da ingestão alimentar, isto com uma frequência mínima de duas vezes por semana, durante 3 meses. Utiliza também métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso, como indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enema, jejum, exercícios excessivos, todos movidos pelo medo de engordar e com o intuito de manter um peso abaixo do limiar.

Segundo Pizon e Nogueira (Guideline, 2000, citado por Pizon e Nogueira, 2004), estudos com metodologias e amostras diversas dificultam a obtenção de dados epidemiológicos mais acurados. De uma forma geral, a prevalência de anorexia varia entre 0,5 e 3,7%; a de bulimia está entre 1,1 e 4,2%. Nos transtornos alimentares, a prevalência média de relação homem-mulher é de 1:10 e até 1:20. Os transtornos alimentares afetam, predominantemente, mulheres jovens. (KLEIN; WALSH, 2004 citados por PIZON e NOGUEIRA, 2004).

Há inúmeros métodos de rastreamento de transtornos alimentares. Freitas, Gores-tein e Appolinário (2002) fazem uma revisão dos atuais instrumentos usados para mensurar os principais aspectos psicopatológicos desses transtornos. Dentre os instrumentos revistos por estes autores, está o BITE (Bulimic Investigatory Test, Edinburgh e o EAT (Eating Attitudes Test).

O primeiro, desenvolvido para o rastreamento e a avaliação da gravidade da bulimia, fornece resultados de duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas. Escores maiores ou iguais a 20 indicam comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia; escores entre 10 e 19 sugerem padrão alimentar não usual.

O EAT, por sua vez, indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente. Ambos são instrumentos autoaplicá-

veis e possuem vantagens como a facilidade de aplicação, além de apresentarem eficiência e baixo custo econômico.

Magalhães e Mendonça (2005) destacam que, uma vez que é sabida a importância epidemiológica dos transtornos alimentares, urge ampliar os estudos relacionados aos transtornos alimentares com a utilização de instrumentos específicos para o processo de intervenção na população.

A literatura acerca dos transtornos alimentares descreve, frequentemente, estudos com jovens e mulheres, porquanto estes grupos são, em geral, suscetíveis a esses distúrbios. É interessante observar, também, que algumas pesquisas tentam identificar grupos sociais que, a princípio, não são propensos a apresentarem esses distúrbios.

Os pesquisadores voltados para grupos de maior ou menor risco tentam identificar características comuns entre portadores de sintomas, com o objetivo último de tentar traçar um perfil de risco, se isto for possível. Com base na prevalência e incidência dos transtornos alimentares, sabe-se que os jovens constituem um grupo de alto risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

O presente estudo analisou pesquisas que utilizaram, além de outros métodos de avaliação para sintomas de transtornos alimentares, os questionários autopreenchíveis BITE e EAT. Os dados discutidos se referem somente aos resultados desses testes.

Magalhães e Mendonça (2005) realizaram um estudo para avaliar a confiabilidade dos questionários autopreenchíveis aqui citados. A pesquisa ocorreu com a inclusão de universitárias recém-ingressadas em uma universidade pública do Rio de Janeiro e utilizou uma amostra de 60 indivíduos do sexo feminino.

As universitárias foram submetidas à aplicação dos questionários EAT e BITE. Para avaliação da eficácia dos questionários, calculou-se o coeficiente Kappa, que é calculado a partir da concordância observada diminuída da concordância esperada, dividido por 1 menos a concordância esperada.

Ao final do estudo, os autores concluíram que tanto o EAT como o BITE apresentaram resultados satisfatórios, com alto índice de perfeição. Esta pesquisa permitiu

observar que o uso destes testes como parâmetro de avaliação para sintomas de transtornos alimentares em universitárias são instrumentos com boa reprodutibilidade.

Os estudos analisados nesta revisão bibliográfica demonstraram um número significativo de pesquisas que tentam relacionar os universitários com sintomas ou risco para desenvolverem transtornos alimentares. Sabe-se que os universitários constituem um grupo de risco, uma vez que, nesta idade, a preocupação com a forma física tende a se tornar mais importante, podendo levar a atitudes de risco para o desenvolvimento de transtorno alimentar. (GONÇALVEZ *et al.* 2008). Com base nesses dados, alguns autores realizaram pesquisas que investigam os sintomas dos transtornos alimentares em universitários do curso de Nutrição.

Bosi *et al.* (2006) realizaram um estudo integrado ao projeto de pesquisa “Comportamentos Alimentares Anormais e Práticas Inadequadas de Controle de Peso entre estudantes Universitários” e separaram, como sujeitos da pesquisa, apenas os estudantes de Nutrição, que totalizavam 193 graduandos.

A aplicação dos questionários autopreenchíveis BITE e EAT apontou a incidência de 64,7% de resultados positivos com gravidade intensa para o EAT, e 36,4% para o BITE. Após a aplicação do BITE e EAT, os autores concluíram que este grupo apresenta uma resposta relevante aos sintomas de transtornos alimentares.

Um estudo semelhante, promovido por Stipp e Oliveira (2003) compara a incidência dos distúrbios alimentares e de imagem corporal entre estudantes do curso de Nutrição e de Psicologia da Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo. Aplicou-se o questionário EAT em 239 estudantes, das quais 135 cursavam Psicologia, e as outras 104, Nutrição.

Verificou-se que 18% das estudantes de Nutrição e 13% das estudantes de Psicologia apresentavam comportamento alimentar inadequado, conforme a pontuação superior a 21. Com os resultados, os autores verificaram que os estudantes de Nutrição alcançaram maior pontuação para o EAT.

Fiattes e Salles (2001) realizaram um outro estudo na Universidade Federal de Santa Catarina, fazendo uso do EAT para investigar sintomas de transtornos alimentares

em 114 universitárias do curso de Nutrição e 107 estudantes de outros cursos não relacionados à área de saúde.

Verificaram que 25,3% das universitárias de Nutrição apresentavam uma pontuação que expressa sinais de sintomas de transtornos alimentares, contra 18,6% de estudantes de outras áreas que se enquadravam em situação idêntica. Ao somarem o número de participantes da pesquisa que responderam ao questionário, os dois pesquisadores obtiveram um total de 221 alunas, considerando que, dentre estas, 21,7% apresentavam resultado sugestivo de risco.

A partir dos resultados obtidos, observaram que, entre mulheres universitárias do curso de Nutrição e de outros cursos não relacionados à área da saúde, as primeiras apresentam maiores riscos para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

De forma semelhante, Gonçalves *et al.* (2008) promoveram um estudo transversal que também reuniu alunas do curso de Nutrição. Incluíram, porém, na amostra, alunos do curso de Educação Física, aplicando o questionário Teste de Atitudes Alimentares, EAT. Participaram deste estudo alunos de uma Universidade de Taubaté, São Paulo, de ambos os sexos, em um total de 227 universitários: 149 do curso de Nutrição e 78 de Educação Física.

Os pesquisadores observaram que 14,1% e 10,35% dos estudantes de Nutrição e Educação Física, respectivamente, apresentavam sintomas que indicavam risco para desenvolver anorexia nervosa. Os autores constataram que as estudantes de Nutrição alcançaram maior pontuação para o EAT.

Fernandes *et al.* (2007) também utilizaram o BITE e o EAT-26 como parâmetros para a investigação de padrões alimentares anormais e comportamentos bulímicos. O estudo teve um caráter observacional de delineamento transversal, realizado em uma instituição de ensino superior particular no município de Maringá, Paraná. Foram convidadas para participar da pesquisa 216 alunas do primeiro ano do curso de Nutrição e Enfermagem.

Do total da amostra, 23,61% (n=51) apresentavam comportamento alimentar inadequado, dado que indica a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa. Em relação ao BITE, foi demonstrado que 30,55% das estudantes apresentavam comportamento alimentar não usual. A comparação entre os cursos

dos indivíduos pesquisados demonstrou uma diferença significativa entre as universitárias. As estudantes de Nutrição tiveram maior percentual para o EAT positivo, representando 32,94%. Em contrapartida, as estudantes de enfermagem representaram o índice de 17,55%.

Assim como os outros estudos aqui citados, na apuração dos resultados destes testes, os autores encontraram pontuações maiores para as alunas de Nutrição, em comparação com as de Enfermagem. Os estudos corroboram a idéia de que o estudante do curso de Nutrição compõe um grupo de alto risco para o desenvolvimento de sintomas de transtornos alimentares, quando comparados a outros grupos de universitários.

O estudo realizado por UZUN *et al.* (2006) também reuniu estudantes de Enfermagem em Araka, Turquia. Os autores notaram que a localização geográfica daquele país favorece o trânsito de influências entre a Europa e a Ásia. A partir desta observação, os referidos autores aplicaram o EAT em 414 universitários do sexo feminino, para investigar sintomas de transtornos alimentares.

Da amostra estudada, verificou-se que 17,1% dentre os pesquisados apresentaram uma pontuação que sugere alto risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. Para este grupo de alto risco, foi aplicado o *Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders..*

Os pesquisadores identificaram 1% para a anorexia nervosa e 0,5% para bulimia nervosa. Os resultados demonstraram um número significativo de testes com resultados positivos. Ainda nesta análise, correlacionaram os resultados de incidência de sintomas sugestivos de anorexia nervosa encontrados a números encontrados similarmente nas sociedades do ocidente.

Souza *et al.*¹ sugerem que os universitários do curso de Medicina também constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de tais transtornos. Os autores levantaram esta hipótese a partir de uma pesquisa que reuniu 199 estudantes do sexo feminino da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará. A aplicação dos questionários EAT e BITE demonstrou que um índice de 5,5% das alunas atingi-

¹ www.hcnet.usp.br

ram pontuação sugestiva de alto risco para desenvolvimento de anorexia nervosa; e 3,5%, para a bulimia nervosa.

Pinto *et al.*, (2009) também fizeram um estudo semelhante ao anteriormente citado. A pesquisa envolveu alunas de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, com o objetivo de identificar a relação existente entre o desenvolvimento ou o agravamento destas desordens alimentares e o ambiente acadêmico. Aplicaram o BITE e o EAT6 para obter os dados e promover a análise dos resultados.

Considerando um total de 85 alunas, 2,2% do 1º ano e 2,6% do 4º ano apresentaram resultados de risco para o desenvolvimento de transtornos. De acordo com o BITE, já com pontuação referente à presença de gravidade, encontraram o equivalente a 6,5% e 10,3%, respectivamente, para alunas do 1º e 4º ano da faculdade.

Com grau semelhante de gravidade, o EAT apontou 28,3% e 28,2%, respectivamente, para alunas do 1º e 4º ano. Os resultados permitiram descartar a hipótese de o curso ser fator desencadeador para desenvolvimento dos transtornos. No entanto, os valores encontrados na apuração dos testes aplicados demonstraram que o grupo de universitários estudado também apresenta risco para o desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa.

O estudo realizado na Universidade do Chile por Riffo *et al.* (2003) envolveu 263 alunas do curso de Medicina. Resultados expressivos foram obtidos a partir da aplicação do BITE e EAT em estudantes do 1º, 3º e 5º ano. 20,8% de alunas do 1º ano, 15,7% do 3º ano e 9,6% do 5º ano atingiram pontuação sugestiva de alto risco para o desenvolvimento dos transtornos.

Ainda nesta análise, os pesquisadores observaram que o risco era menor com o avanço da idade ou do período do curso. Tendo em vista esses dados, os autores relacionaram a vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos alimentares com a idade jovem.

Astudillo *et al.* (1996) promoveram um estudo na Universidade de Valparaíso, também no Chile, com 239 estudantes de Medicina. Desta amostra, selecionaram-se 90 mulheres e 149 homens, e 37 pacientes previamente diagnosticados com transtornos alimentares. O grupo de pacientes que participou deste estudo foi nomeado de AB pelos autores, e os estudantes identificados como grupo M. O grupo M, referente

aos estudantes, foi dividido em dois grupos: MP, composto por alunos que alcançaram pontuação alta para o EAT; e MS, para aqueles que obtiveram pontuação inferior.

A partir desses dados realizou-se uma análise comparativa entre estes grupos e foram feitas outras análises comparativas entre MS, MP e AB. Um total de 14 estudantes de Medicina, que constituíam o grupo MP e representavam 5,86% do grupo M, e 12,2% das mulheres obtiveram pontuação em escala patológica. Com base nos resultados do EAT, os autores também observaram uma porcentagem significativa de indivíduos com risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

Segundo Evers (1987), dançarinas universitárias, especificamente bailarinas, são inquestionavelmente parte de uma cultura que enfatiza dieta e controle de peso com uma importância significativa. Essa tendência induz, frequentemente, à prática de restrições alimentares ou ao uso de métodos compensatórios na tentativa de alcançar um corpo magro. Por esta razão, os autores mencionados aplicaram o EAT em 21 universitárias do curso de dança, que já cursavam os graus intermediário e avançado da dança clássica, e em outras 29 estudantes que não eram dançarinas.

Após a aplicação do questionário, obtiveram-se dados que apontaram o índice de 33% das dançarinas com sintomatologia sugestiva de comportamento de risco para anorexia nervosa, enquanto, no segundo grupo estudado, o índice foi de apenas 13,8% na mesma condição.

Esses autores sugerem que ambas as amostras de universitárias constituíam grupos de risco para este transtorno. Após a análise dos resultados do EAT, foi observado que as estudantes de dança possuíam uma pontuação elevada para o teste aplicado e, no entanto, isto também foi observado no outro grupo de universitárias que não participavam do grupo de dança.

Outro estudo que também utilizou universitárias do curso de dança em sua amostra e foi promovido por Garner e Garfinkel (1980), incluindo também estudantes de moda, pacientes com anorexia nervosa do *Clark Institute of Psychiatry*, grupo controle e estudantes de música, sendo que todos responderam o EAT.

Do grupo de estudantes do curso de dança, foram analisadas 183 universitárias, 56 estudantes de moda, três pacientes com anorexia, 35 estudantes de música e 81

universitários como grupo controle. Os pesquisadores encontraram 12% de indivíduos do grupo controle com escores elevados para o teste aplicado e foram indicados para uma entrevista clínica que não identificou nenhum caso de anorexia.

No grupo de dança, 37,7% alcançaram pontuações maiores ou iguais ao limite de alto risco no EAT. Essas estudantes também foram submetidas à entrevista clínica, que rastreou 11 casos primários de anorexia. Os resultados obtidos com o grupo de modelos demonstraram que havia quatro casos de anorexia nervosa identificados por meio das entrevistas aplicadas. De forma geral, foram encontrados 16% de bailarinas e modelos com escores altos e 25% com confirmação do diagnóstico de anorexia nervosa. Apenas um estudante de Música obteve escores considerados altos para o teste aplicado, dentre os 35 entrevistados.

Com os resultados, os autores apontaram o aumento na incidência de comportamentos alimentares inadequados nesses grupos, uma vez que permaneciam com foco no corpo magro e controle dietético excessivo.

Estes estudos demonstram que, apesar de ser um questionário epidemiológico de grande valia, o EAT pode superestimar resultados para anorexia nervosa, visto que a anorexia não se trata somente de um comportamento alimentar, sendo uma doença muito mais complexa, que envolve outras questões além da alimentar. Podemos sugerir a alimentação como um sintoma da doença, mas não como a causa.

Button e Whitehouse (1981) partiram do estudo promovido por Garner e Garfinkel (1979) para realizar uma pesquisa de maior amplitude. O objetivo desses autores era obter apenas dados de escores altos para o EAT, e não fazer o diagnóstico. O estudo foi realizado na *College of Technology*, com a participação de 578 estudantes: compararam 446 indivíduos do sexo feminino e 132 do masculino a 14 pacientes com diagnóstico prévio de anorexia nervosa, sendo 13 do sexo feminino e um do masculino.

Os resultados do EAT demonstraram que 28 estudantes do sexo feminino, 6,3% do total, alcançaram escores elevados para o teste aplicado. A amostra constituída pelos universitários do sexo masculino não demonstrou nenhum resultado de escore elevado

Beekley *et al.* (2009) sugerem que o ambiente universitário pode estimular o desenvolvimento dos transtornos alimentares, especialmente quando os indivíduos dão início aos estudos universitários. Com base nessas hipóteses, pesquisaram a incidência, prevalência e risco para desenvolver transtornos alimentares na *United States Military Academy*, Nova York.

Foram incluídos 12.731 indivíduos: 10.859 do sexo masculino e 1872 do sexo feminino, em um período compreendido entre 1999 e 2005. De acordo com a média dos resultados anuais, obteve-se uma incidência de 0,02% de anorexia nas universitárias, e 0,17% para bulimia. Os estudantes do sexo masculino obtiveram 0% para anorexia e 0,03% para bulimia. No grupo estudado, a prevalência dos transtornos alimentares demonstrou que 5% correspondiam a mulheres, e 0,1% aos homens.

Com base na aplicação do EAT, 19% das mulheres e 2% de homens alcançaram escores elevados para o teste aplicado. Os autores sugerem que os resultados encontrados não poderiam ser verificados caso a amostra fosse constituída por alunos de universidades comuns, por serem isentos dessas oposições do ambiente militar.

Segundo Sheffer (1987), a anorexia e a bulimia nervosa têm aumentado entre estudantes universitárias do sexo feminino. A pesquisa foi realizada na *University of Cape Town*, aplicando-se o EAT entre 350 estudantes do sexo feminino, das quais 321 responderam ao questionário. O resultado dos questionários respondidos apresentou um total de 11,8% de estudantes com escores elevados para o teste aplicado.

O autor desse estudo discute que comportamentos anoréxicos e bulímicos não são incomuns neste tipo de população estudada e, no entanto, os resultados encontrados corroboram que os escores altos para o EAT não são indicativos de presença de transtornos alimentares, mas simples indicadores de risco. Sugere que as atitudes relacionadas a transtornos alimentares não devem ser desconsideradas, ainda que haja uma dificuldade em discernir práticas normais de dieta saudável e atitudes alimentares anormais.

Mancila - Diaz *et al.* (2007) pesquisaram universitárias do sexo feminino no México. Esses autores estimaram a prevalência de sintomas de transtornos alimentares em universitárias, por intermédio da aplicação do EAT e outros testes em duas amostras

de universitárias, em períodos diversos, com: 522 indivíduos avaliados em 1995; e 880, em 2002.

Foi aplicada uma entrevista baseada no DSM-VI, critério diagnóstico, em indivíduos que apresentaram valores elevados na pontuação para o teste aplicado. Os resultados mostraram que 70 mulheres das 522 avaliadas em 1995 apresentaram pontuações altas para o EAT e foram submetidas à entrevista. No entanto, apenas 23 aceitaram participar da entrevista. Em 2002, entre as 880 universitárias submetidas ao teste, detectaram-se 176 prováveis casos, de acordo com a alta pontuação atingida no teste aplicado. Somente 71 aceitaram participar da entrevista.

Como resultado final, viu-se que 21 casos de transtornos alimentares foram confirmados, e que, na primeira coleta dos dados, a prevalência desses distúrbios era 0,49% para bulimia e 0,14% para anorexia, enquanto, na segunda coleta, a prevalência para a bulimia nervosa aumentou para 1,15%; e 0,245 para a anorexia nervosa. Os índices, que, inicialmente, indicavam uma prevalência menor tanto da bulimia quanto da anorexia, com base no teste e entrevista aplicados, passaram a ter um índice mais elevado após a segunda fase do estudo.

Nasser (1986) comparou estudantes do sexo feminino de duas universidades, uma do Cairo e outra de Londres, para avaliar a influência da cultura ocidental no comportamento dos orientais. Um total de 50 estudantes de Londres foram recrutadas para participar da pesquisa e responderem ao EAT. A amostra contemplou várias faculdades.

No Cairo, a amostra contou com a participação de 60 estudantes que também responderam ao mesmo questionário. Os resultados demonstraram que 22% das estudantes de Londres alcançaram pontuação alta e sugestiva de sintomas de anorexia na apuração dos dados do teste. As estudantes do Cairo, no entanto, no que diz respeito ao teste, totalizaram 12% com esta mesma condição.

O autor considera a sociedade ocidental um âmbito intimamente relacionado à valorização da beleza, imagem e ainda influente após a ocidentalização. De acordo com o esperado, após a aplicação do EAT, os resultados obtidos foram positivos na grande maioria dos universitários de Londres, enquanto, na amostra do Cairo, este número foi menor. Assim, enfatizou-se o crescimento socioeconômico acelerado que

ocorre no país oriental como fator contribuinte, e ainda a adoção da influência ocidental nas roupas que induzem a aparência de um corpo fino.

Oyewumi e Kazarian(1992) realizaram uma pesquisa em estudantes da Nigéria e elegeram como foco de interesse estudantes de nível fundamental, médio, e superior, subdividido em integrantes de faculdades e universidades. Convém assinalar que os autores aplicaram o EAT em 120 estudantes de faculdade e 330 de universidade. Deste total, foram encontrados percentuais de 9,1% e 21,7%, respectivamente, para os estudantes de universidade e faculdade, com escores elevados para o teste aplicado.

Kugu *et al.* (2006) propuseram um estudo para determinar a prevalência de transtornos alimentares em estudantes universitários da área rural da Turquia. A amostra de indivíduos reuniu 492 universitários do sexo feminino e 459 do masculino, totalizando 951 estudantes que responderam ao EAT. Segundo os dados do teste aplicado e os resultados da pesquisa, 71 estudantes do total estudado apresentaram escores altos; o dado sugere sintomas de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa.

Nelson *et al.* (1999) avaliaram, com base na aplicação do EAT, 471 estudantes: 333 do sexo feminino e 138 universitários da *Midwestern Liberal Arts College*. Outros aspectos relacionados a questões sociais e psicológicas também foram avaliados. Os resultados mostraram que 20% das estudantes e 10% dos estudantes excederam os escores do teste proposto, o que demonstra sintomas de risco para anorexia nervosa presente nestes indivíduos.

Foi constatado maior número de incidência de sintoma de risco da alimentação nos participantes do sexo feminino, mas não excluíram os do masculino, que também apresentaram esses sintomas. Os autores enfatizaram a importância da realização de outros estudos relacionados à anorexia em homens. Nestes estudos, o que o EAT procura avaliar são os sintomas de risco para desenvolver anorexia, de acordo com a escala validada por este método.

Carney e Louw (2006) examinaram, entre as universitárias do sul da África, transtornos alimentares e exposição do corpo ideal na mídia, mostrando fotos de modelos com corpos considerados adequados. A pesquisa contou com a aplicação do EAT-26 em 221 estudantes, entre os quais 176 eram mulheres e 45, homens.

Em parte quantitativa, os resultados demonstraram que as mulheres obtiveram escores altos para o EAT em relação aos homens, especialmente as que estavam mais expostas à mídia, as que mais viam TV e revistas, principalmente revistas femininas.

Ao avaliarem os resultados do questionário, os pesquisadores constataram que a mídia não poderia ser a única e exclusiva causadora desses descontroles no comportamento alimentar; no entanto, divulgaram elementos que estão diretamente ligados ao desenvolvimento da anorexia e da bulimia nervosa.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Avaliar a relação do curso escolhido com os sintomas de transtornos alimentares;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a presença de sintomas de transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosa) em jovens de 18 a 19 anos e 11 meses de idade;
- Avaliar a prevalência de sintomas de transtornos alimentares em populações de jovens universitários.

2.2 METODOLOGIA

A população-alvo foi formada pelos alunos que ingressaram na Universidade Federal de Minas Gerais no segundo semestre de 2008, com idade entre 18 e 19 anos e 11 meses.

A identificação dos sintomas de transtornos alimentares foi realizada através da aplicação de dois questionários: EAT e BITE, e um questionário demográfico (ANEXO III), para estratificação dos dados de acordo com a idade, sexo, curso e o número de identificação. Estes questionários foram escolhidos porque são muito citados na literatura como instrumento quantitativo, de fácil aplicação e já validados no Brasil para essa função.

A literatura aponta que a escolha do curso universitário pode ser influenciado pelas moléstias que atingem o sujeito, assim como, na experiência clínica e em sala de aula, foi possível perceber esta relação com a escolha do curso.

O primeiro teste aplicado – o Teste de Atitudes Alimentares [*Eating Attitudes Test*] (EAT) – trata-se de um questionário validado por Garner et al (1982), adaptado por Nunes et al (1994) para o uso em português. É um instrumento auto-aplicado que tem como proposta classificar atitudes-limite para sintomas de anorexia nervosa, identificando um “índice da gravidade de preocupações típicas de pacientes com transtornos alimentares como as intenções de emagrecer e medo de ganhar peso”.

O Teste de atitudes alimentares serve para identificar a presença e a gravidade de comportamentos anoréxicos e de dieta (CORDÁS & NEVES, 2002). É constituído de 26 questões de auto-preenchimento, utilizando respostas do tipo “sempre”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente”, “nunca”, em formato de múltipla escolha, divididas em sub-escalas, como mostrado no **quadro 1**.

As perguntas são pontuadas na escala da seguinte forma: a resposta extrema na direção anoréxica (dependendo da direção de cada pergunta) recebe 3 pontos; a resposta seguinte recebe 2 pontos; e a próxima recebe 1 ponto. As três últimas escolhas não recebem pontuação (GARNER & GARFINKEL, 1982). Considera-se sintomática uma pontuação igual ou maior do que 21. Esta pontuação será usada como referência para a análise estatística do presente trabalho.

Quadro 1. Subescalas de questões do EAT-26.

Subescala	Características
Fator I: “Dieta”	Treze questões relacionadas ao comportamento alimentar, tipos de alimentos e imagem corporal.
Fator II: “Bulimia e preocupação com dieta”	Seis questões relacionadas ao vômito autoinduzido, compulsão e preocupação com dieta.
Fator III: “Controle Oral”	Sete questões que envolvem a duração das refeições, sua relação com a fome e pressão social para perda de peso.

FONTE: adaptado de GARNER & GARFINKEL, 1982

O segundo questionário, o Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (BITE), foi adaptado para o português por Cordás & Hochgraf (1993) do original Bulimic Inventory Test Edinburgh (Henderson & Freeman, 1987). Trata-se de um instrumento autoaplicado para avaliar a presença e a gravidade de sintomas de bulimia nervosa (CORDÁS & NEVES, 2002).

Compreende 33 questões autopreenchíveis divididas em duas subescalas de pontuação: a escala sintomática avalia a presença de sintomas bulímicos, e a escala de

gravidade avalia a intensidade dos sintomas bulímicos presentes, de acordo com a frequência com que ocorrem.

Quadro 2. Pontuação na escala sintomática do BITE.

Classificação	Pontos na escala sintomática
Alta	20 ou mais pontos.
Média	10 a 19 pontos.
Baixa	Menos de 10 pontos.

FONTE: adaptado de HENDERSON e FREEMAN, 1987.

Na escala sintomática, a máxima pontuação possível é de 30 pontos. Essa pontuação subdivide-se em três grupos, como apresentado no **quadro 2**. Constituem esta escala todas as questões, com exceção das questões 6, 7 e 27. As questões 1, 13, 21, 23 e 31 somam 1 ponto para a resposta “Não”. As demais vinte e cinco questões somam 1 ponto para a resposta “Sim” (HENDERSON e FREEMAN, 1987).

Os indivíduos que atingem uma alta pontuação apresentam grande probabilidade para preencher o critério diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV (1994) e o critério de RUSSELL (1979), indicando um padrão alimentar altamente desorganizado e a presença de episódios compulsivos. Uma pontuação entre 15 e 19 pode refletir um grupo subclínico de bulímicos. Uma pontuação sintomática média, entre 10 e 19, sugere um hábito alimentar não usual, porém insuficiente para preencher todos os critérios de diagnóstico para bulimia nervosa. Uma escala sintomática entre 0 e 10 preenche os limites normais de padrão alimentar. Tal pontuação indica a ausência tanto de compulsão alimentar quanto de bulimia nervosa (HENDERSON e FREEMAN, 1987)

O recrutamento dos voluntários para colaborarem na aplicação dos questionários, foi feito pela coordenação do curso de Nutrição do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNI-BH, que divulgou a experiência e espalhou cartazes convidando os alunos para participar da aplicação dos questionários.

Cada interessado foi entrevistado para avaliar seu interesse pela participação no projeto, disponibilidade de tempo e período atual em curso. Como pré-requisito para participar, os alunos deveriam estar no último ano do curso, ter disponibilidade de horário e se interessarem pelo projeto.

Os selecionados foram convidados para um treinamento coletivo, no qual foram explicados os objetivos da pesquisa, incluindo uma demonstração da aplicação da metodologia e o esclarecimento sobre a técnica adotada em cada um dos testes. Foram simuladas algumas possíveis perguntas entre os entrevistados, e tiradas as dúvidas dos alunos participantes.

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora principal, com o auxílio das estudantes treinadas, quando foi possível fazer a reciclagem do treinamento nos alunos participantes já em campo.

Uma carta (APENDICE II) foi enviada para cada uma das faculdades localizadas no campus Pampulha da UFMG, que constituem o ciclo básico dos cursos oferecidos pela UFMG em Belo Horizonte. As faculdades foram: Instituto de Ciências Biológicas (ICB), Instituto de Ciências Exatas (ICEX), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, (FAFICH), Instituto de Geociência (IGC), Escola de Música, Escola de Belas Artes e Faculdade de Ciências Econômicas.

Após aprovação da diretoria, foi solicitado ao colegiado de cada curso a indicação de professores que ministravam aulas no ciclo básico de disciplinas do 3º período, abordando o maior número de alunos possível. Este contato foi feito através de telefone e email, e os professores que autorizaram a aplicação dos questionários marcaram data e hora para aplicação dos questionários.

Os alunos foram convidados a participar do projeto e informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo informados de que pode haver publicações decorrentes em revistas científicas, lembrando o caráter sigiloso das informações individuais (APENDICE III).

Também foram esclarecidos os vínculos com as instituições de origem da pesquisa e do caráter voluntário da participação dos convocados, assim como a apreciação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG. Finalmente, o termo

de consentimento para a pesquisa (APENDICE IV) foi assinado e os questionários preenchidos pelos que aceitaram participar.

Foram incluídos todos os alunos que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento, com idade entre 18 anos completos e 19 anos e 11 meses na data de aplicação dos questionários. Também foram considerados os questionários preenchidos por alunos com idade igual ou superior a 20 anos, uma vez que muitos quiseram participar, mesmo estando acima da idade referida no termo de consentimento, sendo este grupo de adultos jovens, também considerado grupo de risco. Por constituírem um número elevado, optamos por avaliar e comparar suas respostas com as do grupo de 18 anos a 19 e 11 meses.

Como o principal objetivo do projeto é avaliar os sintomas de transtorno alimentar relacionados com o curso escolhido, foi feito o cálculo amostral baseado na estimativa de uma proporção de interesse, com uma margem de erro pré-fixada. Trata-se de um estudo descritivo, com base em um corte transversal, com amostragem aleatória, representativa, estratificada e proporcional. Neste cálculo amostral foram incluídos os alunos que ingressaram na UFMG no 2º semestre de 2008, matriculados nos Campus de Belo Horizonte. Esta estimativa foi de 780 alunos.

Cada indivíduo respondeu ao questionário individualmente. Foi preparado um recipiente com papéis numerados de 1 a 2000 para que cada um, ao receber o questionário, sorteasse um número para sua identificação, sem o conhecimento do pesquisador. Também sem o conhecimento do pesquisador, o indivíduo anotou este número em seu questionário, para o posterior resgate dos resultados, se este for de seu interesse.

Os resultados serão fornecidos através desta numeração e serão divulgados nas faculdades em que os questionários foram aplicados, bem como no site da UFMG, para facilitar o acesso aos interessados.

O cálculo amostral foi realizado tomando como base um planejamento denominado de amostragem aleatória estratificada. Essa metodologia é adequada para situações nas quais a população de interesse pode ser dividida em estratos, cuja principal característica é a homogeneidade interna e a heterogeneidade entre os estratos. Ou

seja, elementos de um mesmo estrato são parecidos, e elementos de estratos diferentes não são parecidos em relação às características que se objetiva estudar.

Foi feita uma análise descritiva das variáveis (curso, sexo, período, idade e sintomas de transtornos alimentares) categóricas, demonstradas através de tabelas de distribuição de frequências. As variáveis contínuas foram analisadas por meio de medidas de tendência central e variabilidade.

Para comparar os resultados finais das escalas EAT e BITE por sexo, período e curso foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções, ou do teste exato de Fisher, que é apropriado para os casos em que são utilizadas amostras com pequenas frequências.

Todas as análises foram feitas para o grupo total – um grupo de alunos de 18 a 19 anos e 11 meses e alunos com 20 anos completos ou mais que quiseram participar. Em todas as análises, considerou-se um nível de 5% de significância ($p \leq 0,05$). Foi utilizado o software SPSS, versão 12.0 (*Statistical Package for the Social Science*, versão 12.0, e de uma profissional estatística.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ANÁLISE AMOSTRA TOTAL

Embora o processo de alimentação pareça ser fisiologicamente automático e elementar, ele não se dá apenas em função dos mecanismos neurológicos que regulam a conduta alimentar. O ato de comer envolve aspectos sociais e culturais, definindo-se essencialmente como fenômeno de comunicação social (SILVA e SILVA, 2005).

Os transtornos alimentares são entendidos como um processo, constituindo um conjunto de ações realizadas em relação ao alimento, que tem início com o momento da decisão, disponibilidade, modo de preparo, utensílios usados, preferências e aversões que afetam, em sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a seqüelas importantes. As preocupações mórbidas com a imagem corporal eram tidas até recentemente como problemas femininos; todavia, também têm sido encontradas cada vez mais no sexo masculino. Entre os transtornos alimentares temos a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) (SILVA e SILVA, 2005).

Nessas considerações sobre transtornos alimentares, dois aspectos devem ser claramente delimitados: de um lado, as referências a eles como patologias que devem ser diagnosticadas e tratadas por profissionais competentes; de outro, a manifestação de certos padrões culturais, presentes nas noções de representação sobre o corpo, hábitos e condutas alimentares, que devem ser mais bem conhecidos, a fim de contribuir para a compreensão do problema em nossa sociedade. De uma maneira ou de outra, do ponto de vista patológico ou sociocultural, é fundamental compreender como as sociedades e seus membros pensam e se comportam com relação à saúde e à doença, ao corpo e à alimentação (NAKAMURA, 2004).

Guimarães Rosa fez uma brilhante ilustração da figura de uma anoréxica em “O Grande Sertão Veredas” (1956):

“Como deu uma moça, no Barreiro Novo, essa desistiu um dia de comer e só bebendo água de pia, benta, em redor dela começaram milagres. Mas o delegado regional chegou, trouxe os praças, determinou o desbando do povo, baldearam a moça para o hospício de doidos, na capital, diz-se que lá ela foi cativa de comer, por armagem de sonda. Tinham o direito? Estava certo? Meio modo, acho foi bom. (Guimarães Rosa).”

É possível verificar através da história, que os transtornos alimentares não são uma moléstia nova. Há relatos de anorexia e bulimia no decorrer da história, porém na contemporaneidade, estes transtornos ganharam um espaço grande na mídia, e nos consultórios médicos, nutricionais e psicológicos. Existem muitos estudos em torno destas moléstias, e várias teorias a respeito das causas.

É possível verificar estudos quantitativos, qualitativos e ensaios clínicos. Atendendo em consultório há 10 anos e sendo professora do curso de nutrição há 6 anos, é possível verificar que os transtornos alimentares tem ganhado cada dia mais espaço. Há cerca de 10 a 8 anos atrás, a grande demanda do consultório era para tratamento de dislipidemia, diabetes, e perda de peso. Atualmente esta demanda mudou, cerca de 20% dos atendimentos tem sido a pacientes com transtorno alimentar. Destes 20% , 0,5% são do sexo masculino. Na sala de aula, a obesidade era um grande motivo para escolha do curso, os alunos não mencionavam anorexia e bulimia, atualmente mais alunos com transtornos alimentares tem me procurado ou relatado suas questões na sala de aula do que anteriormente. Cada vez mais novelas, filmes e programas direcionados para adolescentes, abordam este tema.

Um dos métodos de levantamento quantitativo de sintomas de risco para anorexia e bulimia são o EAT e o BITE. Os dois instrumentos são validados no Brasil. O EAT foi elaborado por Graner et al 1979 e traduzido para o português por Nunes et al em 1994. O BITE do original *Bulimic Inventory Test Edinburgh* de HENDERSON & FREEMAN, 1987 e adaptado para o português por CORDÁS & HOCHGRAF (1993) (CORDÁS & NEVES 2002). É importante verificar que estes questionários não são critérios para diagnóstico de transtornos alimentar, eles são utilizados para rastrear sintomas de risco para transtornos alimentares e o BITE dentro dos sintomas de risco busca classificar também a possível relação com a gravidade. Aplicamos estes questionários em alunos da UFMG de cursos variados.

O total de 374 alunos responderam aos questionários, deste total 47 (12,6%) faziam algum curso de engenharia; 2,4% outros cursos das ciências exatas, 20,9% do curso de medicina, 8% nutrição, 20,9% outros cursos da área de saúde, 11,8% ciências humanas, 7,8% geociências, 12,8% ciências econômicas e 2,9% música. (Tabela 1)

O total de 374 alunos entrevistados, representa cerca de 20% dos alunos que ingressaram no 2º semestre de 2008 no campus de Belo Horizonte. O curso de músi-

ca não teve alunos que ingressaram no 2º semestre de 2008, pois é um curso anual; mesmo assim, os alunos do 2º ano, relativo ao 3º período, quiseram participar e este grupo foi analisado.

Nas turmas de exatas, há uma mistura muito grande entre os cursos, e foram analisadas as turmas de cálculo II referentes ao 3º período. A ausência de alguns cursos, que não foram analisados, se deveu à indisponibilidade dos professores da disciplina no 3º período para aplicação dos questionários. Este fato ocorreu em algumas disciplinas, devido ao fato de que há uma troca muito grande de professores durante o período, gerando dificuldade em relação à liberação de horário para aplicação dos testes. A UFMG em 2008 oferecia 59 cursos dentro e fora de Belo Horizonte, e foram analisados 22 cursos somente em Belo Horizonte, o que representa 37,2% dos cursos oferecidos pela UFMG em 2008.

Tabela 1: Tabela de frequências da distribuição dos alunos por curso e área (n=374)

Área	Curso	n	%
Ciências exatas – engenharias	ENG MECÂNICA	19	5,1
	ENG CIVIL	17	4,5
	ENG ELÉTRICA	6	1,6
	ENG PRODUÇÃO	4	1,1
	ENG QUÍMICA	1	0,3
	Total	47	12,6
Outros cursos das ciências exatas	MATEMÁTICA	4	1,1
	CIÊNCIAS DA COMPUTAÇÃO	2	0,5
	CIÊNCIAS ATUARIAIS	1	0,3
	FÍSICA	1	0,3
	MATEMÁTICA COMPUTACIONAL	1	0,3
	Total	9	2,4
Ciências da saúde – medicina	MEDICINA	78	20,9
Ciências da saúde – nutrição	NUTRIÇÃO	30	8,0
Outros cursos das ciências da saúde	FARMÁCIA	26	7,0
	ENFERMAGEM	15	4,0
	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS	1	0,3
	MEDICINA VETERINÁRIA	36	9,6
	Total	78	20,9
Ciências humanas	PSICOLOGIA	44	11,8
Geociências	TURISMO	28	7,5
	GEOLOGIA	1	0,3
	Total	29	7,8
Ciências econômicas	CÊNCIAS CONTÁBEIS	22	5,9
	ECONOMIA	26	7,0
	Total	48	12,8
Música	MÚSICA	11	2,9

A grande maioria dos entrevistados, 81%, era constituída por alunos do 3º período, mas havia, ainda, alunos do 1º e até do 9º período. Isso correu porque algumas dis-

ciplinas não eram pré-requisitos, ou não tinham pré-requisitos, havendo, assim, alunos que já estavam mais avançados no curso, alunos que repetiam a disciplina e alunos no 1º período, porém cursando disciplina do 3º. (Tabela 2) Nos cursos de ensino superior, diferente do ensino médio e fundamental, é comum encontramos alunos de vários períodos matriculados em disciplina referente a um determinado período. No ensino médio e fundamental os alunos são da mesma serie na maioria das escolas. Assim em estudos feitos com escolares, verificamos uma variedade menor na media de idade e sempre são analisados na mesma serie. A variável de idade fica devido a alunos que repetiram a serie toda ou alunos que por algum motivo entraram atrasados na escola.

Tabela 2: Distribuição de frequências dos alunos por período do curso (n=374)

Período	n	%
1	1	0,3
2	33	8,8
3	303	81,0
4	9	2,4
5	4	1,1
6	17	4,5
7	5	1,3
8	1	0,3
9	1	0,3
Total	374	100,0

Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2000, cerca de 3,43% da população Brasileira possuem curso superior completo, sendo que 55% da população que possuem graduação são do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Já com mestrado ou doutorado 43% são do sexo feminino e 57% do sexo masculino. Os jovens tem de 11 a 14 anos de estudo, 21,7% tem de 18 a 19 anos de idade e 29,5% tem de 20 a 24 anos de idade.

Dos alunos entrevistados cerca de 57,2% eram do sexo feminino, e 42,8% do sexo masculino, bem próximo da relação estimada pelo IBGE para a população Brasileira.

Cerca de 29,9% estão entre 18 anos e 19 anos e 11 meses e 70% com 20 anos ou mais. A idade média foi de quase 22 anos com máximo de 45 anos. Foi utilizado a media para fazer o cálculo da idade com desvio padrão de $\pm 2,9$. (Tabela 3). A faixa etária entre os alunos com idade superior a 20 anos prevaleceu, uma vez que muitos alunos não entram na UFMG no primeiro vestibular, alguns estão repetindo a disciplina ou deixaram para cursar em outro semestre que não o seu de referencia do 3º período.

As perdas de dados aconteceram devido a erro apurado na data de nascimento de 9 alunos, preenchidas com a mesma data do dia de aplicação do inquérito, representando 2,4% do total; ou por não haver preenchimento relacionado ao sexo do entrevistado nos questionários preenchidos por 5 alunos, 1,3% do total.

Tabela 3: Distribuição de frequências dos alunos por sexo e idade (n=374)

	n	%
Sexo*		
Feminino	211	57,2
Masculino	158	42,8
Idade**		
< 20 anos	109	29,9
≥ 20 anos	256	70,1
Média ± DP	21,6 ± 2,9	
Mínimo	18	
Máximo	45	

*5 (1,3%) casos sem informação

**9 (2,4%) casos sem informação

A pontuação para o EAT e para o BITE foram feitas como descritas na metodologia.

Do total de alunos entrevistados, 6,7% apresentaram comportamento sintomático na escala EAT (escore > 21). Além disso, 28,7% apresentaram padrão alimentar não usual, isto é, BITE entre 10 e 19; e apenas 2,9% apresentaram comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de bulimia. Os resultados de cada questão de ambas as escalas encontram-se no anexo IV.

Registrou-se uma perda motivada por 15 alunos (4%) que deixaram de responder alguma pergunta do EAT; e 25 alunos (6,7%) que deixaram de responder questões do BITE. Isso pode ter ocorrido pelo fato de que, os questionários foram aplicados no final das aulas, quando alguns alunos já se mostram ansiosos para sair da sala, e não no início das aulas, quando todos estão presentes e mais tranquilos.

Pode também ter ocorrido uma falha na formulação deste tipo de inquérito, que tenha levado esses alunos a declinarem da resposta. Em geral, quando a pergunta incomoda ao entrevistado, ele, simplesmente, opta por não responder. Apesar da presença da pesquisadora durante a aplicação dos inquéritos para responder a possíveis dúvidas dos universitários, não se pode destacar também a possibilidade de ter havido um simples erro de interpretação. Nesses questionários, não há resposta certa ou errada e foi possível perceber algumas dúvidas entre os entrevistados, como, por exemplo, o caso de um aluno vegetariano, que tem uma alimentação mais restrita e perguntou se isto seria considerado fazer dieta. (Tabela 4 e figuras 1 e 2)

Tabela 4: Tabela de frequências dos resultados das escalas EAT e BITE (n=374)

	n	%
EAT*		
< 21	335	93,3
≥ 21	24	6,7
BITE**		
baixa (<10)	239	68,5
média (10 a 19)	100	28,7
alta (20 ou mais)	10	2,9

*15 (4%) alunos deixaram de responder alguma questão e por isso o escore final não pode ser contabilizado

**25 (6,7%) alunos deixaram de responder alguma questão e por isso o escore final não pode ser contabilizado

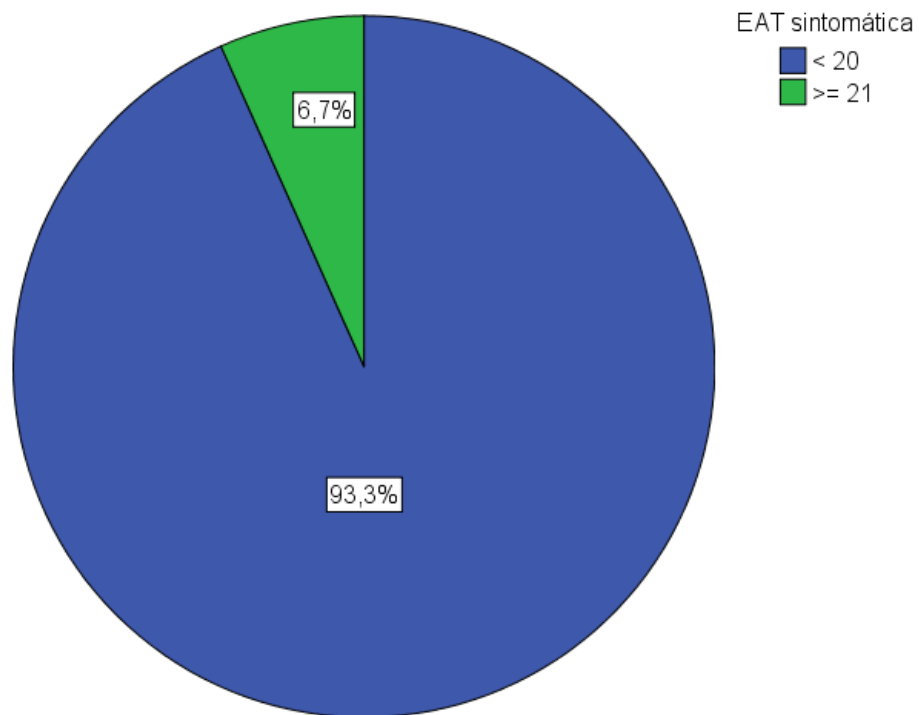
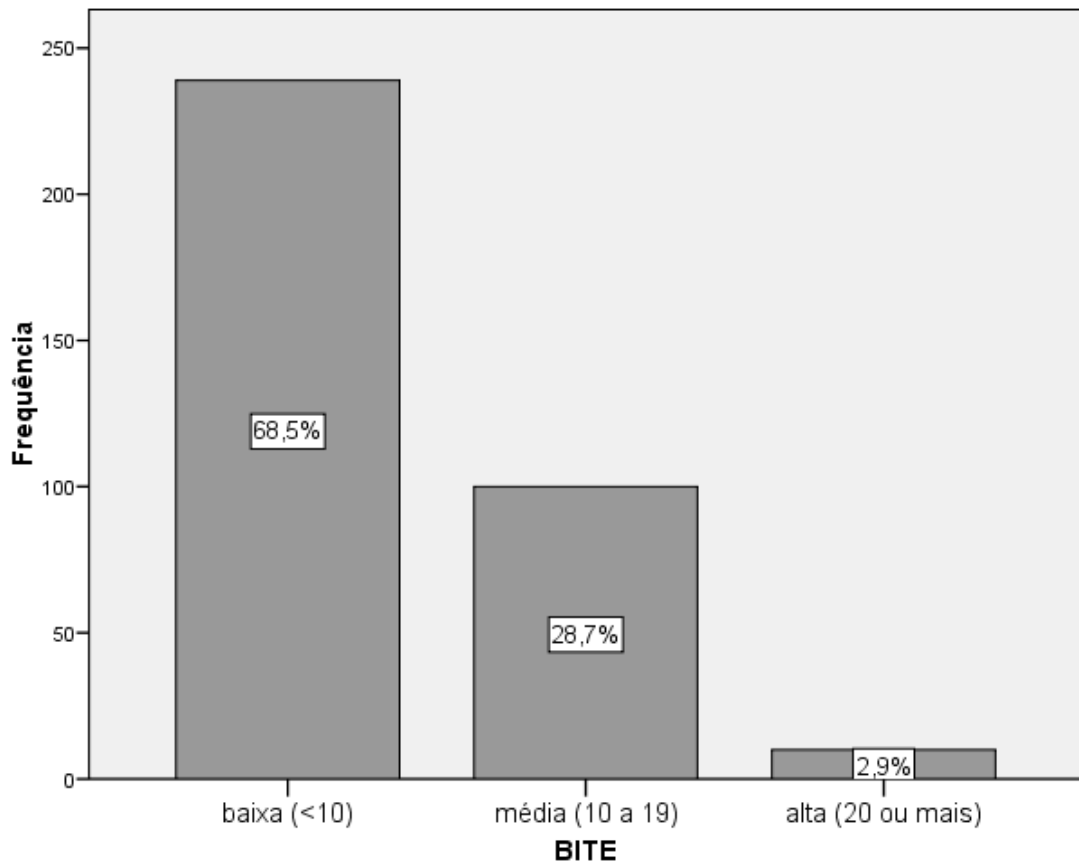


Figura 1: Distribuição dos alunos de uma Universidade Pública, segundo a presença de sintomas de anorexia nervosa.



Fi-

Figura 2: Distribuição dos alunos de uma Universidade Pública, segundo a presença de Sintomas de Bulimia Nervosa

Cruzamentos

Os cursos de ciências exatas como matemática, ciências da computação, ciências atuariais, física e matemática computacional, o curso de nutrição e o de música não apresentaram nenhum caso de EAT maior ou igual a 21. As maiores prevalências foram observadas para os cursos de medicina (9,1%), outros cursos das ciências da saúde (9,5%) e ciências humanas (9,8%). Entretanto, não se pode afirmar que existe diferença significativa entre os cursos (valor-p=0,614). (Tabela 5)

Com relação ao período, a maior prevalência de EAT maior que 20 ocorreu para os alunos do 3º período (7,2%) e a menor (3%) para os 1º e 2º períodos. (Tabela 5)

Tabela 5: Comparação da escala EAT sintomática por área e período (n=374)

Área/curso	EAT sintomática		Valor-p*
	< 21	≥21	
			0,614
ciências exatas - engenharias	42	1	
	97,7%	2,3%	
outros cursos das ciências exatas	9	0	
	100,0%	,0%	
ciências da saúde - medicina	70	7	
	90,9%	9,1%	
ciências da saúde - nutrição	30	0	
	100,0%	,0%	
outros cursos das ciências da saúde	67	7	
	90,5%	9,5%	
ciências humanas	37	4	
	90,2%	9,8%	
geociências	26	2	
	92,9%	7,1%	
ciências econômicas	43	3	
	93,5%	6,5%	
Música	11	0	
	100,0%	,0%	
Período			0,835
1° e 2°	32	1	
	97,0%	3,0%	
3°	270	21	
	92,8%	7,2%	
4° ou mais	33	2	
	94,3%	5,7%	

*Teste exato de Fisher

Observa-se na literatura referências a respeito da anorexia ser uma doença que ocorre com mais freqüência em jovens mulheres, com prevalência ao longo da vida

estimada nesse grupo entre 0,5–3,7%. A proporção entre homens e mulheres varia em torno de 1:10 e essa amostra atenua em idade mais precoce. Os estudos mais bem documentados mostram prevalência na faixa etária entre 12 a 25 anos, mas com picos de incidência entre 14–15 anos e 18 anos. (VILELA, 2000, NETO, 2003).

No presente estudo houve diferença significativa entre as prevalências do EAT alterado entre homens e mulheres (valor- $p < 0,05$). Percebe-se que a prevalência de EAT ≥ 21 foi de 10,2% entre as mulheres, e de apenas 2% entre os homens. (Tabela 6)

Com relação à idade, não houve diferença significativa (valor- $p > 0,05$). A prevalência de EAT ≥ 21 foi de 7,5% entre os alunos com menos de 20 anos; e de 6,1% entre aqueles com 20 anos ou mais.

Mesmo avaliando a idade na condição de variável contínua, não se observou diferença significativa entre os grupos.

Tabela 6: Tabela de frequências dos resultados das escalas EAT e BITE (n=374)

	EAT sintomática		Valor-p*
	< 21	≥ 21	
Sexo*			
Feminino	184	21	0,002
	89,8%	10,2%	
Masculino	146	3	
	98,0%	2,0%	
Idade**			
< 20 anos	98	8	0,620
	92,5%	7,5%	
≥ 20 anos	230	15	
	93,9%	6,1%	

*Teste qui-quadrado de Pearson

A literatura aponta alguns cursos com maior incidência de alunos com sintoma de risco para transtornos alimentares, como nutrição, medicina, educação física, moda e dança. GONÇALVES et al (2008), FERNANDES et al 2007, BOSI et al (2006), STIPP e OLIVEIRA (2003), FIATTES e SALLES (2001), fizeram estudos com estu-

dantes do sexo feminino que cursavam nutrição e encontraram resultados positivos de risco de sintomas para o EAT e para o BITE, variando de 14% a 64% positivo para o EAT e de 30% a 36% de gravidade para o BITE. Quando comparados a outros cursos da saúde encontraram de 10% a 18% em relação ao EAT.

ÜZUN et al 2006, aplicou o EAT em estudantes do sexo feminino de enfermagem de uma universidade na Turquia, encontrando resultado positivo de 17% de sintomas de risco para anorexia. Realizou também uma entrevista clínica com as estudantes e encontrou resultado de 1% para anorexia nervosa e 0,5% para bulimia. A entrevista foi estruturada de acordo com os critérios do DSM IV para diagnóstico de anorexia e bulimia.

Já PINTO et al(2009), RIFFO et al 2003 realizaram estudos somente com estudantes de medicina, divididos em períodos de períodos no curso. PINTO et al (2009) não encontra diferença significativa entre os períodos, e uma prevalência de 2,2 a 2,6% de sintomas para transtornos alimentares, enquanto RIFFO et al (2003) encontra uma prevalência muito diferente entre os períodos, variando de 20,8% para o 1º período, 15,7% para o 3º período e 9,6% para o 5º período. Ele atribui estas diferenças entre períodos, pois discute o fato dos transtornos alimentares serem moléstias principalmente da adolescência.

No presente estudo, o comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de bulimia não foi observado nos cursos de engenharia e outros cursos de ciências exatas, nem no curso de música. A maior prevalência do BITE > 20 foi observada para os outros cursos de ciências da saúde (4,2%), ciências humanas (4,7%) e ciências econômicas (4,4%) Entretanto, não se pode afirmar que existe diferença significativa entre os cursos (valor-p=0,547). (Tabela 7)

No curso de nutrição, não foi observado risco de sintomas positivos para o EAT e observou se uma prevalência de 3,4% para risco de comportamento grave 17,2% comportamento de risco para bulimia de acordo com o BITE.

Após este resultado, que foi uma grande surpresa, perguntei a duas alunas que já haviam relatado ter transtorno alimentar e a uma paciente com transtorno alimentar que é estudante de nutrição, se elas responderiam a algum teste em relação a transtornos alimentares. As três me responderam que de forma alguma. A minha paciente me relatou que quando estava no 3º período, participou de um projeto de pesquisa e

durante o projeto o pesquisador decidiu avaliar sintomas de risco para transtornos alimentares e propôs aos bolsistas preencherem os questionários que ela pretendia usar para avaliarem o mesmo. Esta paciente me relatou que ao receber o questionário já se sentiu mal, e ao ver as perguntas, respondeu errado, pois se sentiu muito agredida e invadida com as perguntas.

“... eu nunca responderia aquilo, é muito íntimo você responder se tem vontade de vomitar após comer, eu tinha e nunca falaria. (...) Tinha outra pergunta de sempre, as vezes... não dá para assumir nem para a gente que a vontade é sempre imagina se eu colocaria em um questionário. Estes questionários são muito agressivos. Não respondi corretamente e saí do projeto.” (M., 2010)

Muitas pacientes com transtorno alimentar estudam ou desejam estudar nutrição. Mas existe a possibilidade delas não responderem a questionários desta forma.

Durante a aplicação dos questionários na turma de nutrição, ocorreu uma evasão de cerca de 30 alunos (50% da turma). Isto pode ter ocorrido devido ao horário pois foi liberado o fim da aula para aplicar os questionários e a professora não ter acompanhado junto a pesquisadora a aplicação dos questionários. Percebemos que nas turmas em que o professor nos apresentava e ficava acompanhando os questionários, tivemos maior adesão dos alunos, nas turmas onde eles nos deixavam sozinhos com os alunos, muitos iam embora junto com o professor.

Com relação ao período, a maior prevalência de BITE sintomático alto foi para os alunos do 3º período (3,2%); e a menor (0%), para os 1º e 2º períodos. Também nesse caso, não houve diferença significativa entre os grupos.

Tabela 7: Comparação da escala BITE sintomática por área e período (n=374)

	BITE			Valor-p
	baixa	média	alta	
Área/curso				0,547
ciências exatas - engenharias	37 84,1%	7 15,9%	0 ,0%	
outros cursos das ciências exatas	6 85,7%	1 14,3%	0 ,0%	
ciências da saúde - medicina	44 60,3%	28 38,4%	1 1,4%	
ciências da saúde - nutrição	23 79,3%	5 17,2%	1 3,4%	
outros cursos das ciências da saúde	47 66,2%	21 29,6%	3 4,2%	
ciências humanas	26 60,5%	15 34,9%	2 4,7%	
geociências	18 66,7%	8 29,6%	1 3,7%	
ciências econômicas	31 68,9%	12 26,7%	2 4,4%	
música	7 70,0%	3 30,0%	0 ,0%	
Período				0,080
1° e 2°	28 90,3%	3 9,7%	0 ,0%	
3°	186 66,0%	87 30,9%	9 3,2%	
4° ou mais	25 69,4%	10 27,8%	1 2,8%	

*Teste exato de Fisher

Houve diferença significativa entre as prevalências entre homens e mulheres (valor- $p < 0,05$). Percebe-se que a prevalência de BITE indicativo de possibilidade de bulimia foi de 4% entre as mulheres e de apenas 1,4% entre os homens. O BITE entre 18 e 19 também foi mais elevado entre as mulheres (33%) se comparadas aos homens (22%). (Tabela 8)

Com relação à idade não houve diferença significativa (valor- $p > 0,05$), a prevalência de BITE ≥ 20 foi de 2% entre os alunos com menos de 20 anos e de 3,4% entre aqueles com 20 anos ou mais. Já a bulimia nervosa tem seu começo mais tarde, em torno de 16 a 19 anos, com picos de incidência entre 18 e 19 anos. (BUSSE, 2004). Estas estimativas favorecem um resultado maior no BITE em relação ao EAT nos

Merlin & Araújo (2002) discutem que a taxa de TA no sexo masculino ainda não foi completamente estabelecida, mesmo porque os homens são excluídos de muitos estudos em razão do baixo número de casos conhecidos. A proporção de homens com TA relatada na literatura, segundo os autores, é de 1:10, variando de acordo com os critérios utilizados entre 1:6 e 1:20. Como ocorre entre as mulheres, entre os homens a BN é mais freqüente que a AN. Cris & Burns e Bramon & Troop apud MELIN & ARAÚJO, (2002), afirmam que a idade de início do quadro é um ponto controverso e que para alguns pesquisadores não há diferença entre os sexos, mas existem afirmações de que os homens desenvolvem os TA mais tardiamente que as mulheres, ente 18 e 26 anos. Tal início tardio estaria associado ao fato de a puberdade começar e terminar cerca de um ano e meio a dois anos mais tarde nos meninos do que nas meninas. Existe também a crença de a puberdade ser menos traumática aos homens do que às mulheres, do ponto de vista hormonal (Gupta apud MELIN & ARAÚJO, 2002) o desenvolvimento tardio de AN em homens pode estar relacionado ao medo de envelhecer.

Muitos estudos encontrados com universitários, são somente do sexo feminino, nos estudos encontrados com universitários de ambos os sexos, encontra-se uma prevalência maior em mulheres. BEEKLEY *et al.* (2009) estudaram na academia militar dos Estados Unidos (EUA) em Nova York, 12.731 indivíduos, sendo 10.859 do sexo masculino e 1872 feminino num período que compreendeu 1999 a 2005. De acordo com a media dos resultados anuais obteve-se uma incidência de 0,02% de anorexia nas universitárias e 0,17% para bulimia. Os estudantes do sexo masculino obtiveram 0% para anorexia e 0,03% para bulimia. No grupo estudado, a prevalência dos

transtornos alimentares demonstrou que 5% correspondiam a mulheres e 0,1% aos homens. Com base na aplicação do EAT, 19% das mulheres e 2% de homens alcançaram escores elevados para o teste aplicado. Os autores sugerem que os resultados encontrados não podem ser verificados caso a amostra fosse constituída por alunos de universidades comuns por serem isentos destas oposições do ambiente militar.

Beling (2008), aplicou os mesmos questionários em estudantes do sexo feminino do ensino médio com idade média de 15 anos e encontrou resultados bem mais elevados para os dois questionários comparados aos universitários aqui avaliados. Cerca de 20% da amostra dela apresentou sintoma de risco para anorexia e 19,1% para bulimia, 23% apresentaram comportamento não usual e 3,4% apresentaram alta gravidade no comportamento purgativos e compensatórios de acordo com o BITE.

Com relação à idade não houve diferença significativa (valor- $p > 0,05$). A prevalência de BITE > 20 foi de 2% entre os alunos com menos de 20 anos; e de 3,4% entre aqueles com 20 anos ou mais.

Tabela 8: Comparação da escala BITE sintomática por sexo e idade (n=374)

	BITE			Valor-p
	baixa	média	alta	
Sexo*				
Feminino	126	66	8	0,023
	63,0%	33,0%	4,0%	
Masculino	110	32	2	
	76,4%	22,2%	1,4%	
Idade**				
< 20 anos	70	30	2	0,843
	68,6%	29,4%	2,0%	
≥ 20 anos	164	66	8	
	68,9%	27,7%	3,4%	

*Teste qui-quadrado de Pearson

Entre os resultados obtidos há uma associação entre as escalas EAT e BITE. Entre os alunos com EAT < 20 apenas 26,5% tiveram classificação média na escala BITE e 1,6% tiveram classificação alta. Por outro lado, entre aqueles com EAT \geq 21, o percentual médio da escala BITE foi de 58,3% e alta de 20,8%. (Tabela 9)

RECALCATI, 2003 propõe que a bulimia e a anorexia são as duas faces de uma mesma molestia. Há uma troca da Anorexia para Bulimia.. A anorexia é uma manifestação absoluta de narcisismo, é o ideal. O sujeito pensa desta forma ter total controle, total domínio. Já na bulimia o sujeito experimenta exatamente o contrario, a total falta de limite. A bulimia é uma vertente da anorexia.

Tabela 9: Comparação das escala BITE e EAT(n=374)

	BITE		
	baixa	média	alta
EAT			
< 20	223	82	5
	71,9%	26,5%	1,6%
\geq 21	5	14	5
	20,8%	58,3%	20,8%

Valor-p Teste Qui-quadrado de Pearson < 0,001

Análise dos alunos menores de 20 anos

Estatísticas Descritivas

Dos 109 alunos com idade menor que 20 anos, 21 (19,3%) faziam algum curso de engenharia; 9,2% eram do curso de medicina, 11% do curso de nutrição, 22% outros cursos da área de saúde, 12,8% ciências humanas, 7,3% geociências, 14,7% ciências econômicas e 3,7% música. (tabela 10)

Tabela 10: Tabela de freqüências da distribuição dos alunos menores de 20 anos por curso e área (n=109)

Área	Curso	n	%
Ciências exatas – engenharias	ENG MECÂNICA	12	11,0
	ENG CIVIL	3	2,8
	ENG ELÉTRICA	4	3,7
	ENG PRODUÇÃO	1	0,9
	ENG QUÍMICA	1	0,9
	Total	21	19,3
Ciências da saúde – medicina	MEDICINA	10	9,2
Ciências da saúde – nutrição	NUTRIÇÃO	12	11,0
	FARMÁCIA	11	10,1
Outros cursos das ciências da saúde	MEDICINA VETERINÁRIA	13	11,9
	Total	24	22,0
Ciências humanas	PSICOLOGIA	14	12,8
Geociências	TURISMO	8	7,3
Ciências econômicas	CIÊNCIAS CONTÁBEIS	7	6,4
	ECONOMIA	9	8,3
	Total	16	14,7
Música	MÚSICA	4	3,7

A grande maioria dos alunos entrevistados com menos de 20 anos eram do 3º período (81,7%), e o restante era do 2º período. (tabela 11)

Tabela 11: Distribuição de freqüências dos alunos menores de 20 anos por período do curso (n=109)

Período	n	%
2º	20	18,3
3º	89	81,7
Total	109	100,0

Tabela 12: Distribuição de freqüências dos alunos menores de 20 anos por sexo (n=109)

	n	%
Sexo*		
Feminino	67	62,0
Masculino	41	38,0

*1 (0,9%) caso sem informação

Entre os alunos com menos de 20 anos 7,5% do total apresentaram comportamento sintomático na escala EAT (escore ≥ 21). Além disso, 29,4% apresentaram padrão alimentar não usual, isto é, BITE entre 10 e 19 e apenas 2% apresentaram comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de bulimia. Os resultados de cada questão de ambas as escalas encontram-se no anexo VII.(Tabela 13 e figuras 3 e 4,). Não há significância estatística entre as idades, comparando os universitários com menos de 20 anos e os universitários com 20 anos ou mais, verificamos uma diferença pequena em relação aos resultados. Para os resultados do EAT menores que 21, indicando sintomas baixo para anorexia o percentual foi de 92,5% para alunos menores de 20 anos e 93,9 para alunos com 20 anos ou mais. Para o EAT com *score* maior ou igual a 21, a prevalência foi de 7,5% em universitários com menos de 20 anos e 6,1% para universitários com 20 anos ou mais. (tabelas 13 e 22)

Tabela 13: Tabela de freqüências dos resultados das escalas EAT e BITE para alunos menores de 20 anos (n=109)

	n	%
EAT*		
< 21	98	92,5
≥ 21	8	7,5
BITE**		
baixa (<10)	70	68,6
média (10 a 19)	30	29,4
alta (20 ou mais)	2	2,0

*3 (2,8%) alunos deixaram de responder alguma questão e por isso o escore final não pode ser contabilizado

**7 (6,8%) alunos deixaram de responder alguma questão e por isso o escore final não pode ser contabilizado

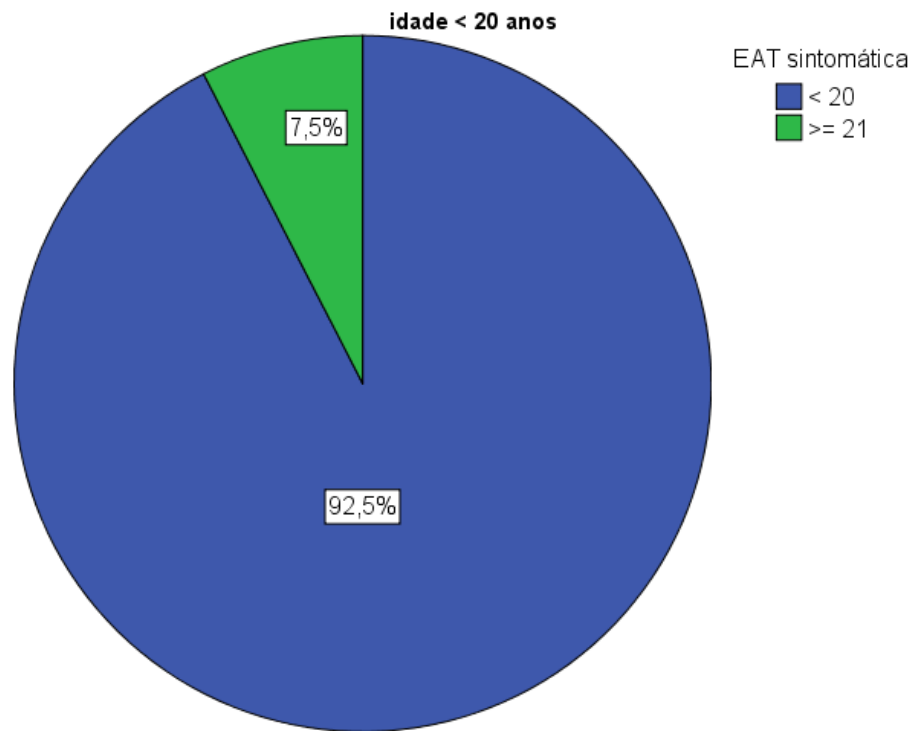


Figura 3: Gráfico de setores da distribuição dos resultados da escala EAT para menores de 20 anos

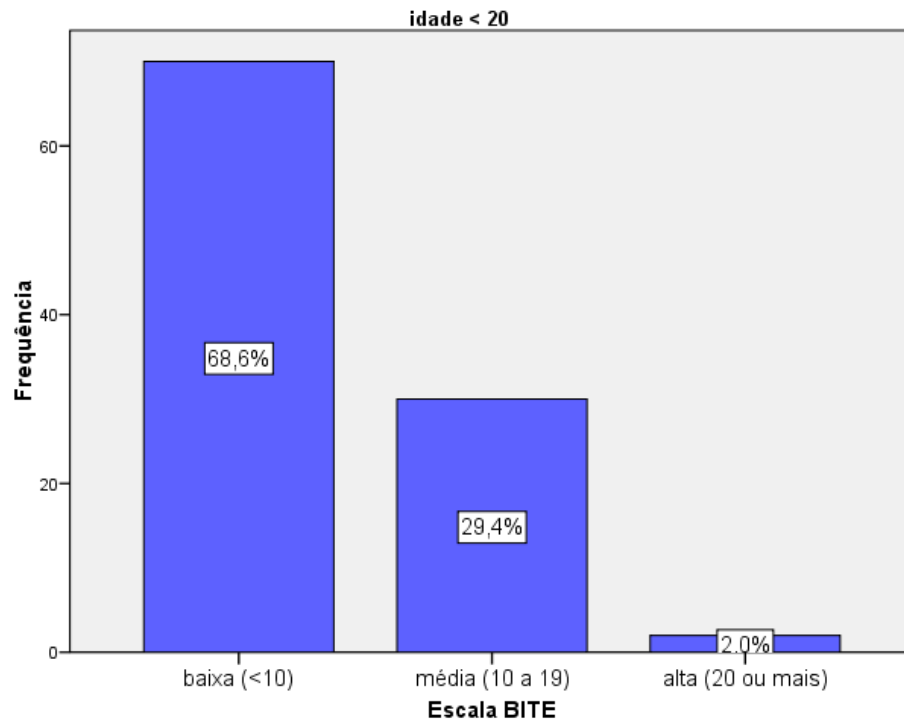


Figura 4: Gráfico de barras da distribuição dos resultados da escala BITE para menores de 20 anos

Cruzamentos

Os cursos de nutrição, geociências e música não apresentaram nenhum caso de EAT maior ou igual a 21 entre os alunos com 20 anos ou menos. As maiores prevalências foram observadas para os cursos de medicina (20%), outros cursos das ciências da saúde (13%) e ciências humanas (15,4%). Entretanto, não se pode afirmar que existe diferença significativa entre os cursos (valor- $p=0,386$). (Tabela 14)

Com relação ao período, a maior prevalência de EAT maior que 20 ocorreu para os alunos do 3º período (8%) e a menor (5,3%) para o 2º período, também sem diferença significativa (valor- $p>0,05$). (Tabela 14)

Tabela 14: Comparação da escala EAT sintomática por área e período para menores de 20 anos (n=109)

	EAT sintomática		Valor-p*
	< 21	≥ 21	
Área/curso			0,386
ciências exatas - engenharias	19 95,0%	1 5,0%	
ciências da saúde - medicina	8 80,0%	2 20,0%	
ciências da saúde - nutrição	12 100,0%	0 ,0%	
outros cursos das ciências da saúde	20 87,0%	3 13,0%	
ciências humanas	11 84,6%	2 15,4%	
geociências	8 100,0%	0 ,0%	
ciências econômicas	16 100,0%	0 ,0%	
música	4 95,0%	0 5,0%	
Período			0,999
2º	18 94,7%	1 5,3%	
3º	80 92,0%	7 8,0%	

*Teste exato de Fisher

A prevalência de EAT > 21 foi de 10,8% entre as mulheres e de apenas 2,5% entre os homens. Entretanto, essa diferença não pode ser considerada significativa, observou-se apenas uma tendência à significância (valor-p=0,115). (Tabela 15)

Tabela 15: Comparação da escala EAT sintomática por sexo para menores de 20 anos (n=105)

	EAT sintomática		Valor-p*
	< 21	≥ 21	
Sexo*			
Feminino	58 89,2%	7 10,8%	0,115
Masculino	39 97,5%	1 2,5%	

*Teste exato de Fisher

O comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de bulimia entre os adolescentes com menos de 20 foi observado apenas nos outros cursos da saúde (5%) e ciências humanas (7,1%). A prevalência de comportamento alimentar não usual foi mais elevada entre os alunos do curso de medicina (55,6%), seguido dos outros cursos da saúde (45%). Entretanto, a diferença entre os cursos teve significância limítrofe (valor-p=0,05). (Tabela 16)

Com relação ao período, a maior prevalência de BITE sintomático alto foi para os alunos do 3º período (2,4%), assim como do BITE médio (34,9%), havendo diferença significativa entre os grupos (valor-p<0,05). (Tabela 16)

Tabela 16: Comparação da escala BITE sintomática por área e período para menores de 20 anos (n=109)

	BITE			Valor-p
	baixa	Média	alta	
Área/curso				0,05
ciências exatas - engenharias	19 95,0%	1 5,0%	0 ,0%	
ciências da saúde - medicina	4 44,4%	5 55,6%	0 ,0%	
ciências da saúde - nutrição	10 83,3%	2 16,7%	0 ,0%	
outros cursos das ciências da saúde	10 50,0%	9 45,0%	1 5,0%	
ciências humanas	10 71,4%	3 21,4%	1 7,1%	
geociências	5 62,5%	3 37,5%	0 ,0%	
ciências econômicas	9 60,0%	6 40,0%	0 ,0%	
Música	3 75,0%	1 25,0%	0 ,0%	
Período				0,018
2º	18 94,7%	1 5,3%	0 ,0%	
3º	52 62,7%	29 34,9%	2 2,4%	

*Teste exato de Fisher

A prevalência de BITE indicativo de possibilidade de bulimia entre os alunos menores de 20 anos foi de 1,6% entre as mulheres e de 2,6% entre os homens. O BITE entre 10 e 19 foi mais elevado entre as mulheres (34,9%) se comparadas aos ho-

mens (21,1%). Entretanto, não houve diferença significativa entre os grupos. (Tabela 17)

Tabela 17: Comparação da escala BITE sintomática por sexo para menores de 20 anos (n=101)

	BITE			Valor-p
	baixa	média	alta	
Sexo*				
Feminino	40 63,5%	22 34,9%	1 1,6%	0,292
Masculino	29 76,3%	8 21,1%	1 2,6%	

*Teste de Fisher

Podemos verificar que há associação entre os resultados das escalas EAT e BITE. Entre os alunos com EAT < 20 apenas 25,3% tiveram classificação média na escala BITE e 1,1% tiveram classificação alta. Por outro lado, entre aqueles com EAT \geq 21, o percentual de escala BITE média foi de 75% e alta de 12,5%. (Tabela 18)

Tabela 18: Comparação das escala BITE e EAT para menores de 20 anos (n=99)

	BITE		
	baixa	média	alta
EAT			
< 20	67 73,6%	23 25,3%	1 1,1%
\geq 21	1 12,5%	6 75,0%	1 12,5%

Valor-p Teste Fisher = **0,001**

Análise Alunos De 20 Anos Ou Mais

Estatísticas Descritivas

Entre os 256 alunos com 20 anos ou mais que foram entrevistados 25 (9,8%) faziam algum curso de engenharia; 3,5% outros cursos das ciências exatas, 25,8% do curso de medicina, 7% nutrição, 19,5% outros cursos da área de saúde, 10,9% ciências humanas, 8,2% geociências, 12,58% ciências econômicas e 2,7% música. (Tabela 19)

Tabela 19: Tabela de freqüências da distribuição dos alunos de 20 anos ou mais por curso e área (n=256)

Área	Curso	n	%
ciências exatas - engenharias	ENG MECÂNICA	7	2,7
	ENG CIVIL	14	5,5
	ENG ELÉTRICA	2	0,8
	ENG PRODUÇÃO	2	0,8
	Total	25	9,8
outros cursos das ciências exatas	MATEMÁTICA	4	1,6
	CIÊNCIAS DA COMPUTAÇÃO	2	0,8
	CIÊNCIAS ATUARIAIS	1	0,4
	FÍSICA	1	0,4
	MATEMÁTICA COMPUTACIONAL	1	0,4
	Total	9	3,5
ciências da saúde - medicina	MEDICINA	66	25,8
ciências da saúde - nutrição	NUTRIÇÃO	18	7,0
	FARMÁCIA	13	5,1
	ENFERMAGEM	15	5,9
	CIÊNCIAS BIOLÓGICAS	1	0,4
	MEDICINA VETERINÁRIA	21	8,2
	Total	50	19,5
ciências humanas	PSICOLOGIA	28	10,9
geociências	TURISMO	20	7,8
	GEOLOGIA	1	0,4
	Total	21	8,2
ciências econômicas	CIÊNCIAS CONTÁBEIS	15	5,9
	ECONOMIA	17	6,6
	Total	32	12,5
música	MÚSICA	7	2,7

A grande maioria dos alunos entrevistados, 80,5% eram do 3º período, mas havia ainda alunos do 1º e até do 9º período. (Tabela 20)

Tabela 20: Distribuição de freqüências dos alunos de 20 anos ou mais por período do curso (n=256)

Período	n	%
1	1	,4
2	13	5,1
3	206	80,5
4	9	3,5
5	3	1,2
6	17	6,6
7	5	2,0
8	1	,4
9	1	,4
Total	256	100,0

Cerca de 54,5% dos alunos de 20 anos ou mais eram do sexo feminino. (Tabela 21)

Tabela 21: Distribuição de freqüências dos alunos de 20 anos ou mais por sexo (n=256)

	n	%
Sexo*		
Feminino	138	54,5
Masculino	115	45,5

*3 (1,2%) casos sem informação

**9 (2,4%) casos sem informação

Do total de alunos entrevistados 6,7% apresentaram comportamento sintomático na escala EAT (escore > 21), 28,7% apresentaram padrão alimentar não usual, isto é, BITE entre 10 e 19 e apenas 2,9% apresentaram comportamento alimentar compul-

sivo e grande possibilidade de bulimia. Os resultados de cada questão de ambas as escalas encontram-se no anexo IV. (Tabela 22 e figuras 5 e 6)

Tabela 22: Tabela de freqüências dos resultados das escalas EAT e BITE para menores de 20 anos (n=256)

	n	%
EAT*		
< 21	230	93,9
≥ 21	15	6,1
BITE**		
baixa (<10)	164	68,9
média (10 a 19)	66	27,7
alta (20 ou mais)	8	3,4

*11 (4,3%) alunos deixaram de responder alguma questão e por isso o escore final não pode ser contabilizado

**18 (7%) alunos deixaram de responder alguma questão e por isso o escore final não pode ser contabilizado

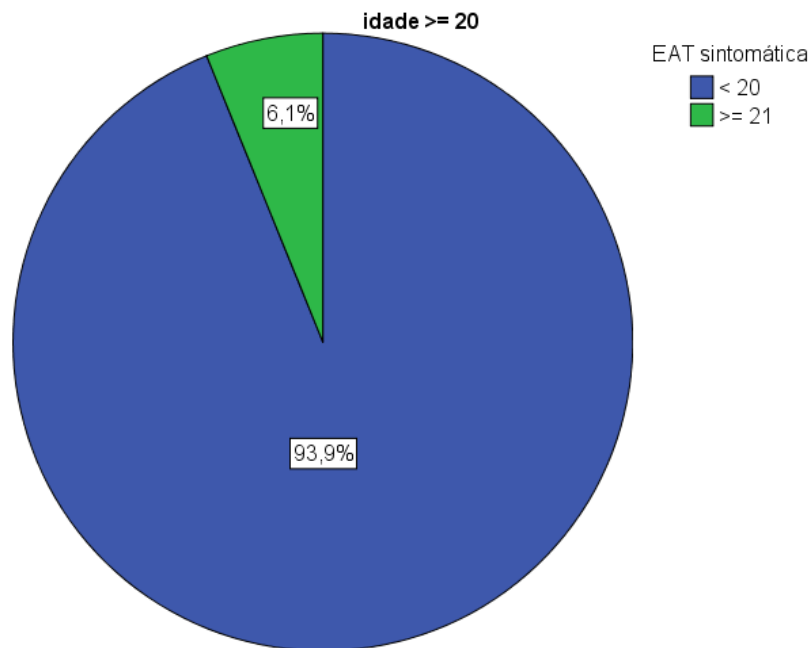


Figura 5: Gráfico de setores da distribuição dos resultados da escala EAT para alunos de 20 anos ou mais

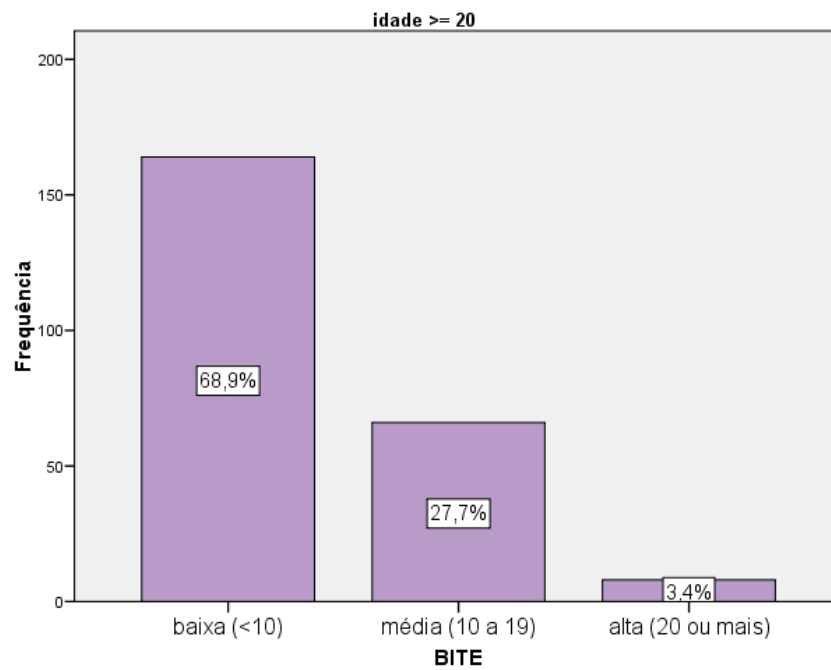


Figura 6: Gráfico de barras da distribuição dos resultados da escala BITE para alunos de 20 anos ou mais

Cruzamentos

Entre os alunos de 20 anos ou mais, os cursos de engenharia, os outros cursos de ciências exatas (matemática, ciências da computação, ciências atuariais, física e matemática computacional), o curso de nutrição e música não apresentaram nenhum caso de EAT maior ou igual a 21. As maiores prevalências foram observadas para os outros cursos das ciências da saúde (8,3%), os cursos de geociências (10%) e ciências econômicas (10%). Entretanto, não se pode afirmar que existe diferença significativa entre os cursos (valor-p=0,614). (Tabela 23)

Com relação ao período, a maior prevalência de EAT maior que 20 ocorreu para os alunos do 3º período (6,6%) e a menor (0%) para os 1º e 2º períodos, mas essa diferença não é significativa. (Tabela 23)

Tabela 23: Comparação da escala EAT sintomática por área e período para alunos de 20 anos ou mais (n=256)

Área/curso	EAT sintomática		Valor-p*
	< 21	≥ 21	
			0,811
ciências exatas - engenharias	22 100,0%	0 ,0%	
outros cursos das ciências exatas	9 100,0%	0 ,0%	
ciências da saúde - medicina	61 93,8%	4 6,2%	
ciências da saúde - nutrição	18 100,0%	0 ,0%	
outros cursos das ciências da saúde	44 91,7%	4 8,3%	
ciências humanas	24 92,3%	2 7,7%	
geociências	18 90,0%	2 10,0%	
ciências econômicas	27 90,0%	3 10,0%	
música	7 100,0%	0 ,0%	
Período			0,999
1º e 2º	14 100,0%	0 ,0%	
3º	184 93,4%	13 6,6%	
4º ou mais	32 94,1%	2 5,9%	

*Teste exato de Fisher

Houve diferença significativa entre as prevalências do EAT alterado entre homens e mulheres (valor- $p < 0,05$). Percebe-se que a prevalência de $EAT \geq 21$ foi de 9,7% entre as mulheres e de apenas 1,9% entre os homens. (Tabela 24)

Tabela 24: Comparação da escala EAT sintomática por sexo para alunos de 20 anos ou mais (n=242)

	EAT sintomática		Valor-p*
	< 21	≥ 21	
Sexo*			
Feminino	121 90,3%	13 9,7%	0,012
Masculino	106 98,1%	2 1,9%	

*Teste qui-quadrado de Pearson

O comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de bulimia entre os adolescentes com 20 anos ou mais foi observado mais frequentemente nos cursos de nutrição (5,9%), geociências (5,3%) e ciências econômicas (6,7%). A prevalência de comportamento alimentar não usual foi mais elevada entre os alunos do curso de medicina (35,5%), seguido dos cursos de ciências humanas (37%). Entretanto, a diferença entre os cursos não foi significativa (valor- $p > 0,05$). (Tabela 25)

Com relação ao período, a maior prevalência de BITE sintomático alto foi para os alunos do 3º período (3,7%), assim como do BITE médio (28,8%), mas não houve diferença significativa entre os grupos (valor- $p > 0,05$). (Tabela 25)

Tabela 25: Comparação da escala BITE sintomática por área e período para alunos de 20 anos ou mais

	BITE			Valor-p
	baixa	Média	alta	
Área/curso				0,901
ciências exatas - engenharias	18 78,3%	5 21,7%	0 ,0%	
outros cursos das ciências exatas	6 85,7%	1 14,3%	0 ,0%	
ciências da saúde - medicina	39 62,9%	22 35,5%	1 1,6%	
ciências da saúde - nutrição	13 76,5%	3 17,6%	1 5,9%	
outros cursos das ciências da saúde	33 70,2%	12 25,5%	2 4,3%	
ciências humanas	16 59,3%	10 37,0%	1 3,7%	
geociências	13 68,4%	5 26,3%	1 5,3%	
ciências econômicas	22 73,3%	6 20,0%	2 6,7%	
música	4 66,7%	2 33,3%	0 ,0%	
Período				0,920
1º e 2º	10 83,3%	2 16,7%	0 ,0%	
3º	129 67,5%	55 28,8%	7 3,7%	
4º ou mais	25 71,4%	9 25,7%	1 2,9%	

*Teste exato de Fisher

A prevalência de BITE indicativo de possibilidade de bulimia entre os alunos de 20 anos ou mais foi de 5,3% entre as mulheres e de 1% entre os homens. O BITE entre 10 e 19 foi mais elevado entre as mulheres (31,3%) se comparadas aos homens (23,1%). Nesse caso, a diferença por sexo foi limítrofe (valor-p=0,054). (Tabela 26)

Tabela 26: Comparação da escala BITE sintomática por sexo para alunos de 20 anos ou mais (n=235)

	BITE			Valor-p
	baixa	média	alta	
Sexo*				
Feminino	83 63,4%	41 31,3%	7 5,3%	0,054
Masculino	79 76,0%	24 23,1%	1 1,0%	

*Teste de Fisher

Podemos verificar mais uma vez que há associação entre os resultados das escalas EAT e BITE entre os alunos com 20 anos ou mais. Entre os alunos com EAT < 20 apenas 26,4% tiveram classificação média na escala BITE e 1,9% tiveram classificação alta. Por outro lado, entre aqueles com EAT \geq 21, o percentual de escala BITE média foi de 46,7% e alta de 26,7%. (Tabela 27)

Tabela 27: Comparação das escala BITE e EAT para alunos de 20 anos ou mais (n=227)

	BITE		
	baixa	média	Alta
EAT			
< 20	152 71,7%	56 26,4%	4 1,9%
\geq 21	4 26,7%	7 46,7%	4 26,7%

Valor-p Teste Fisher < **0,001**

No presente estudo, uma parte da metodologia ficou a dever, pois ocorreram perdas na amostra uma vez que não foi possível abranger todos os cursos da UFMG em Belo Horizonte. Isto se deu, provavelmente, devido a pouca sensibilização com os professores. Quando o professor adere a pesquisa, ou seja, se ele acompanha ou cede o início da aula, a chance de um número maior de alunos aumenta. A ausência de outros cursos foi muito significativa para o estudo.

Apesar dos problemas metodológicos, foi possível verificar a limitação dos questionários, e ressaltar que estes são utilizados somente para rastrear sintomas de risco para transtornos alimentares.

4 CONCLUSÃO

Com base na revisão da bibliografia apresentada nesse estudo, não há uma relação específica entre a prevalência de sintomas de transtornos alimentares e o curso de graduação escolhido por um determinado universitário. Os artigos apresentados demonstraram uma maior incidência de sintomas de transtornos alimentares em certos grupos quando comparados a outros.

É válido ressaltar, por exemplo, que as alunas do curso de Nutrição, quando comparadas a universitárias de outros cursos da área de saúde, apresentam índices mais elevados de resultados positivos quanto à presença de sintomas de transtornos alimentares.

Alguns autores desses estudos, como Fiattes e Salles (2001), sugerem que esses dados podem ser relacionados com o fato de o curso de Nutrição oferecer conhecimentos relativos ao alimento, no plano quantitativo e qualitativo e isso pode influenciar, indiretamente, a adoção de rígidos hábitos alimentares, a visão da aparência física como forma de valorização pessoal e bom desempenho profissional.

É interessante inferir que os universitários de grupos de dança também obtiveram significativa presença de sintomas desses transtornos, o que, de fato, já era esperado, uma vez que são frequentemente citados quando se faz alusão a grupos de risco para desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa.

Os perfis de cada um, do anoréxico e do bulímico, permitem que alguns autores citados neste estudo relacionem os resultados encontrados em pesquisas anteriores com os universitários de Medicina às exigências próprias do curso escolhido e à personalidade com traços de perfeição.

Não é possível afirmar que a entrada no curso de Medicina é fator predisponente ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Entretanto, os autores citados justificam os achados com a alegação do fato de que os alunos que escolhem este curso possuem, em geral, o perfil perfeccionista do indivíduo que sofre pressões e é disciplinado.

É necessário ressaltar que o fato de o estudante de Medicina ter, relativamente, este perfil não o obriga a desenvolver ou ter, previamente, um distúrbio alimentar. Outros

autores estudam universitários de outros cursos que também sofrem a referida pressão social e profissional e concluem que este dado pode ter relação com os achados positivos para os testes aplicados; no entanto não são fatores exclusivos de predisposição.

Tendo em vista os dados apresentados nesta revisão, é preciso salientar que os pesquisadores consultados usam outros parâmetros de avaliação dos transtornos alimentares, como a influência da mídia, o contexto sociocultural, o perfil familiar etc.

É sabido que os transtornos alimentares são distúrbios de etiologia multifatorial, com histórico extenso e complexo demais para que se faça a identificação de uma única origem. Dessa forma, não é possível estabelecer nenhum fator único predisponente para o desenvolvimento dos sintomas de anorexia e bulimia.

Em nossos dias, o comportamento alimentar passa por inúmeras transformações, que podem estar relacionadas à forma de o indivíduo lidar com o alimento e seu processo de alimentação. Vários profissionais da área de saúde – em especial os nutricionistas, os psicólogos e os psiquiatras – observam, talvez com maior proximidade, as mudanças no hábito de alimentar.

O perfil do indivíduo diante da sociedade, as suas demandas, formas de inserção, meio em que vive, estado emocional e estrutura psicológica constituem dados oscilantes em todos os aspectos, que atuam direta ou indiretamente no comportamento relacionado à comida.

O indivíduo nasce e é criado em condições impostas por seus familiares até o momento em que ele se torna capaz de fazer suas próprias escolhas. Ele passa, então, por experiências marcantes, naturais e, muitas vezes, capazes de definir algum comportamento posterior.

No entanto, a habilidade de lidar com as mudanças é um fator de grande importância para o indivíduo. Considerando essas observações acerca do levantamento bibliográfico e das práticas alimentares, é importante ressaltar, por fim, que o presente estudo deve ser entendido como uma leitura que se soma a outras na tentativa de compreender os distúrbios alimentares, identificar os grupos de risco e estabelecer alguns possíveis fatores de predisposição.

A alimentação e a cultura alimentar são de grande importância para uma sociedade. Segundo Fonseca et al (2001) *“poucas coisas são tão representativas de um povo quanto seus gostos culinários”*.

Vivemos hoje no mundo onde a globalização predomina, e a padronização da alimentação, dos sabores vem crescendo cada dia mais, com a falta de tempo que as pessoas se dizem ter para o preparo dos alimentos. No início da década de 80 com a criação dos espaços de comida a quilo na cidade de São Paulo e depois se expandindo para o Brasil todo, as famílias comem cada vez menos reunidas a mesa em casa. Muitas pessoas entram e saem destes restaurantes a quilo sem saber o que comeram enquanto almoçavam por exemplo. Não há mais a preocupação em ir almoçar em casa diariamente como nas décadas passadas. Era costume no Brasil as famílias se reunirem para almoçar e todos aguardarem a figura paterna iniciar o almoço para começarem a refeição. Existia uma certa hierarquia apresentada a mesa, os valores eram discutidos, as relações eram muito vividas. Muitos lembram de terem resolvidos questões ao almoçar em casa ou jantar, as brigas também ocorriam a mesa e eram resolvidas. Hoje a falta de tempo impera, a falta de tempo para relacionar, para sentir, para saborear!

É possível notar mudanças no comportamento alimentar das pessoas, perdendo assim muito da cultura alimentar da sociedade. Como já dizia o poeta e compositor Arnaldo Antunes et al (1987)

“Você tem sede de que? Você tem fome de que?...A gente não quer só comida A gente quer comida Diversão e arte A gente não quer só comida A gente quer saída Para qualquer parte...” (Arnaldo Antunes; Marcelo Fromer, Sergio Britto, 1987)

Isto ilustra muito bem que as pessoas não só comem, mas há outros significados no comer, ou na comida.

Ao longo da história há relatos de transtornos alimentares, mas nunca este assunto foi tão exposto, comentado e estudado como nas últimas décadas. Nunca os comportamentos alimentares, as mudanças de comportamento e a incidência de transtornos alimentares esteve tão em destaque.

É possível verificar hoje em dia muitos estudos a respeito da prevalência dos transtornos alimentares.

É possível verificar que a prevalência dos transtornos alimentares é maior no sexo feminino, principalmente mulheres jovens, mas que homens também são acometidos, porém em proporção menor. Mas há também uma deficiência de estudos com a população de sexo masculino

Não há muitos estudos em relação ao tratamento dos transtornos alimentares. As razões para a escassez de pesquisas dos resultados de tratamentos incluem: baixa incidência de transtorno alimentar; dificuldade de recrutar pacientes que se percebam como tendo um problema significativo; severidade do transtorno; e alto índice de desistência da terapia ambulatorial (ABREU, FILHO, 2004). Ainda foi possível escutar relatos de pessoas que tem transtorno alimentar em relação a utilização de questionários para avaliar esta moléstia que não se trata somente de alimento, o alimento passa a ser sintoma e não é a causa da moléstia.

A literatura aponta varias causas ou varias hipóteses para desenvolvimento de transtornos alimentares, e fica claro a dificuldade de obter resultados fidedignos aplicando questionários para rastrear sintomas de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares uma vez que estes questionários podem ser considerados agressivos, ou invasivos por quem tem a doença. Estes questionários podem superestimar a incidência de risco e podem conter erros na interpretação das perguntas.

É imprescindível que haja mais estudos sobre os transtornos alimentares, e novas formas de avaliar a prevalência destes transtornos na população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABREU, E. S. de; VIANA, I. C.; MORENO, R. B. and TORRES, E. A. F. da S.. **Alimentação mundial: uma reflexão sobre a história.** *Saude soc.* [online]. 2001, vol.10, n.2, pp. 3-14.
- ADA. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia and bulimia nervosa and binge eating. **J Am Diet Assoc**, v.94, n.8, p.902-907, 1994. ALVARENGA, M. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: PHILIPPI, S. T. e ALMEIDA, L.P.; **Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira.** *Rev Nutr (Campinas)*, n.15, v.3, p.273-282, 2002.
- ALVARENGA M. **Transtornos alimentares: uma visão Nutricional.** Barueri, SP: Manole, 2004. Cap 1, p. 1.
- ALVARENGA, M.S. Transtornos Alimentares. In: HIRSCHBRUCH, M.D.; CARVALHO, J.R. **Nutrição Esportiva: uma Visão Prática.** São Paulo: Manole, 2002.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** Washington: American Psychiatric Association.1994.
- APPONLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr**, v.22 (supl.2), p.28-31, 2000.
- ARAÚJO, B. C. Anorexia Nervosa. In: PHILIPPI, S. T. e ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares: Uma visão nutricional.** SP: Manole, 2004. Cap 6. p. 111-113.
- ASTUDILLO, R. B.; GONZÁLEZ, W. F.; CARMÍ, K. R.; UBILLA, C. V.. **Transtornos del hábito del comer en un grupo de estudiantes universitarios.** Análisis exploratorio. *Revista de Psiquiatria, Chile*, XIII/1, p. 12-16, 1996.
- BASAGUREN E., GUIMÓN J. **Factores sociales em lãs perturbaciones de la própria imagem.** *Ver. Electr. Psiquiatr* 1997; 1 (3): 1-12
- BEAUMONT P.J.V. **The history of eating and dieting disorders.** *Clin Appl Nutr* 1991;1(2):9-20.
- BEEKLEY, M. D., PhD; BYRNE, R. (Ret); YAVOREK, T., MD; KIDD, K., MS; WOLFF,

- J., MS; JOHNSON, M. (Ret). **Incidence, Prevalence and Risk of Eating Disorder Behaviors in Military Academy Cadets.** *Military Medicine*, v. 174, p. 637-641, 2009;
- BIRCH, L.I.; FISHER, J. O. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. **Am. J. Clin. Nutr.** Bethesda, v. 71, p. 1054-1061, 2000
- BLAY, S. L. **Anorexia nervosa e bulimia: ameaças à autonomia.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- BLAY, S. L. **Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese.** *Rev Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* Porto Alegre, v. 28, n. 3, set. dez., 2006.
- BLEIL, S. I. **O Padrão Alimentar Ocidental:** considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate.* 1998, vol. 6, pp. 1-25.
- BORGES, N. J. B. G. *et al.* Transtornos alimentares _ quadro clínico. **Transtornos alimentares:** anorexia e bulimia nervosas. 3., 2006, Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto, SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2006, p. 340-348. Disponível em: < http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/4_transtornos_alimentares_quadro_clinico.pdf >. acesso em: 20 junho. 2009.
- BOSI, M. L. M.; LUIZ, R. R.; MORGADO, C. M. da C.; COSTA, M. L. dos S.; CARVALHO, R. J. de. **Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no Rio de Janeiro.** *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 51, n. 1, p. 33-40, 2006.
- BROTSKY, S. H.; GILES, D. **Inside the “Pro-Ana” Community:** A covertly online participant observation. *Eating Disorders.* V. 15: pág 93-109. 2007.
- BRUMBERG, J.J. **Fasting girls:** the history of anorexia nervosa. New York: Penguin Books, 1988.
- BRUSS, M. B.; MORRIS, J. DANNISON, L. Prevetion of childhood obesity: sociocultural and familial factors. **J. Am. Diet. Assoc.**;v. 103, n.8, p. 1042-1045, 2003
- BULIK, C. M.; SULLIVAN, P. F.; WADE T.D.; KENDLER, K. S. Twin studies of eating disorders: a review **Int J Eate Disord.** Vol 27 (supl. 1) p. 1 – 20, 2000
- BULIK, C. M.; SULLIVAN, P. F.; TOZZI, F.; FUBERG, H.; LICHTENSTEIN, P.; PEDERSEN, N. L. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa **Arch Gen Psychiatry** VOL 63 (SUPL 3) P. 305 – 312, 2006
- BUSSE, S.de R.; **Anorexia, Bulimia e Obesidade,** in Manole, 2004 361p.

- BUSSE, S. de R; SILVIA, B. L. da. Transtornos Alimentares. In: Manole, 2004. cap.3, p. 32-34.
- BUTTON, E.J.; WHITEHORSE, A. **Subclinical anorexia nervosa**. Psychological Medicine, v. 11, p. 509-516, 1981. CAMPAGNA S. **Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina** Bol psicol, v 56 n 124 p 9-35, 2006
- CARNEY, T.; LOUW, J. **Eating disordered behaviors and media exposure**. Soc Psychiatry Epidemiol., v. 41, p. 957-966, 2006.
- CASPER, R.C. **On the emergence of bulimic nervosa as a syndrome: a historical view**. International Journal of Eating Disorders, USA, n.2, p. 3-16, 1983.
- CLAUDINO A. M., BOGES M. B. F. **Crítérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução**. Rev. Bras. Psiquiatr. V 24 supl 111 p 7-12, 2002.
- CODIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª versão, 2008 in <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
- COMITÉ NACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS. **La nutricion: los lazos entre alimentacion, salud y desarrollo**. Washington D. C.1992. (Documentos preparado para la Teleconferencia Del Dia Mundial de la Alimentacion, 16 de octubre de 1992)
- CORDÁS, T.A.; WEINBERG, C. **Santas Anoréxicas na História do Ocidente: O Caso de Santa Maria Madalena de Pazzi**. Revista Brasileira de Psiquiatria 2002;2(3):157-8
- CORDÁS, T. A. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 31. n. 4, 2004.
- CORDÁS, T. A. and CLAUDINO, A. de M. **Transtornos alimentares: fundamentos históricos**. Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2002, vol.24, suppl.3,pp.03-06.
- CORDÁS T. A., SEGAL A. **Bulimia nervosa I: aspectos clínicos** Rev. Bras Psiquiatr. 1995; 44 (1): 520 – 4
- CORDÁS T. A. **Escalas de avaliação de TA** Revista de Psiq clínica, SP v 26 n 1 p41-7, 1999
- CORDÁS T. A. **O BITE instrumento para avaliação de Bulimia Nervosa – versão para o português** J Bras Psiq v 42 p 141 – 4, 1993

CORDÁZ, T. A.; NEVES, J. E. P, Escalas de avaliação de transtornos alimentares, **Rev. Psiquiatria Clínica**, v.26 n. 1 jan/fev, 1999.

CORDÁZ, T.A.; HOCHAGRAF, P. O. O “BITE” instrumento para avaliação da Bulimia Nervosa – versão para o português **J. Brás. Psiquiatr** vol 42 p. 141 – 144, 1993

COLLI, A. S. **Conceito de Adolescencia** In MARCONDES, E *Pediatria Basica* 8ª Ed. SP: Sarvier 1992 p 539

COLLINS et al 2000 in SMETANA 2006 – **Adolescent development in interpersonal and societal context**

DE ANGELIS R.C. – **Fome oculta bases fisiológicas para reduzir seus riscos através da alimentação saudável** – São Paulo – Ed. Atheneu, 2000. p. 3-5

DIAZ, O. N. S., **Por que comemos? Problemas Emocionales de La compulsión a Comer**. México, Marte, 2004 p. 147

Disponível em: www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/index.htm

DUMAS, A. **Memórias gastronômicas de todos os tempos**. Editora Jorge Zahar, 2005

EVERS, C. L., R.D. **Dietary intake and symptoms of anorexia nervosa in female university dancers. Perspectives in Practice**, Journal of The American Dietetic Association, v. 87, n. 1, p. 66-68, 1987.

FAIRBURN C. G., BEGLIN S. J. **Studies of the epidemiology of bulimia** AM. J Psychiatry v 147 n 4 p 401 – 8, 1990

FERNANDES, C. A. M.; RODRIGUES, A. P. C.; NOZAKI, V. T.; MARCON, S. S. **Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo em universitárias de uma instituição de ensino particular**. Arq. Cienc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 11, n. 1, p. 33-38, jan./abr. 2007.

FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. de. **Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias**. Revista de Nutrição, Campinas, v. 14, supl. 0, 2001.

FISCHER, M., et al. **Eating disorders in adolescents: a background paper**. *Journal of Adolescent Health Care*, New York, 1995, v.16, n.6, p.420-437. In: DUNKER, K. L.

- FLANDRIN, J. L – **Historia da alimentação** Editora Varela, 2001.
- FREITAS, S; GORESTEIN, C.; APPOLINARIO, J. C. **Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares Assessment instruments for eating disorders.** Rev Bras Psiquiatr, v. 24, p. 34; 8. 2002. (Supl III).
- FREITAS S, GORESNSTEIN C., APPOLINARIO J. C. **Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares** Ver Bras Psiquiatr, São Paulo, v 24 supl 3 p 32- 38, 2002
- GALVÃO, A. L., PINHEIRO, A. P. SOMENZI, L. **Etiologia dos transtornos alimentares** in NUNES M. A., APPOLINARIO J. C., GALVÃO A. L.; COUTINHO W. **Transtornos alimentares e obesidade** Porto Alegre: Artes Medicas 2003 p59 – 72
- GAMERO C. **La insoportable levedad del nunca comer.** Rev Vivat Acad Chil., n. 6, p. 37, 2002.
- GARCIA, R.W. **Notassobre a oreigem da culinária: uma abordagem evolutiva.** Campinas. Rev.Nutr. PUCCAMP 8 (2): 231-44, 1995
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. **Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa.** Psychological Medicine, v. 10, p. 647-656, 1980.
- GARNER D., GARFINKEL P., **Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa.** Psychol Med., vol 9, nº 2 p273 – 9 1979
- GARNER, D.M.; OLMSTED, M.P.; BOHR, Y.; GARFINKEL, P.E. **The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates.** Psychol Med, v.12, p.871-878. 1982.
- GONÇALVES, T. D.; BARBOSA, M. P.; ROSA, L. C. L. da; RODRIGUES, A. M. **Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários.** J. Bras. Psiquiatr., v. 57, n. 3, p. 166-170, 2008.
- HAY P. **The epidemiology of eating disorder behaviours: an Australian community-based survey.** *Int J Eat Disord.* 1998;23(4):371-82. In: ESPÍNDOLA, C. HERSCOVICI, C. **A escravidão das dietas.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. HENDERSON M., FREEMAN, C.P. L. **A self rating scale for bulimia: the BITE** Br J Psychiatry, v 150, p 18- 24, 1987
- HSU, L.K. **Epidemiology of the eating disorders.** *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 19: 681-700, 1996.

- HUSE, D. M.; LUCAS, A R.; **Transtornos Comportamentais que Afetam a Ingestão de Alimentos: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, e Outras Condições Psiquiátricas.** In ___ SHILS, M. E.; OLSON, J. A.; SHIKE, M.; ROSS, A. C. *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença, São Paulo: Manole:2003, v.2, p.1621*
- KALIL, F. **Transtornos alimentares:** anorexia e bulimia nervosa. Belo Horizonte: FEAD, 2007. 150 f.
- KEEL, P. K.; KLUMP, K. L. **Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes?** Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 5, pág 747-769. 2003.
- KUGU, N.; AKYUZ, G.; DOGAN, O.; ERSAN, E.; IZGIC, F. **The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics.** *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 40, p. 129-135, 2006.
- LACEY, J.H. **Anorexia nervosa and a bearded female Saint.** *Brit. Med. J.*, n. 285, p. 1816-7, 1982a.
- LAMOUNIER, J.A.; VILELA, J. E. M.. **Anorexia Nervosa e Bulimia – Distúrbios Alimentares da Infância e Adolescência.** *Clin. Méd. Obesidade e outros distúrbios alimentares.* Rio de Janeiro. Medsi, v.1 p. 295-307, 2001.
- LE MOS, J. **Maldita Comida!** Um estudo sobre comunidades virtuais de anoréxicas e bulímicas. *Clinica psicanalítica.*
- LEONARDO, M. **Antropologia da alimentação.** *Antropos - Capacitação Antropológica*, p.1-4, 2006.
- LUZ S.S. **Avaliação de Sintomas de T.A. em universitários de BH** Dissertação de mestrado Faculdade de Ciências Farmaceuticas – Universidade de São Paulo, 2003
- MADUEÑO, F.J.T, *Anorexia y Bulimia Uma Experiencia Clínica.* Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid 2003 p.9-16.
- MAGALHÃES, V. C.; MENDONÇA, G. A. e S. **Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto-preenchíveis.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8. n. 3, Set. 2005.
- MANCILLA-DIAZ, J. M.; FRANCO-PAREDES, K.; VAZQUEZ-AREVALO, R.; LOPEZ-AGUILAR, X.; ALVAREZ-RAYON, G. L.; TELLEZ-GIRON, M.. T. O. **A Two-Stage**

Epidemiologic Study on Prevalence of Eating Disorders in Female University Students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, v. 15, p. 463-470, 2007.

MEDVED, E. **The world of food.** Ed. Ginn and Company, 1981.

MONTEIRO, C.A. – **A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil.** *Estudos Avançados* – 9 (24): 195 – 207, 1995

MORGAN C. M., AZEVEDO A. M. C. **Aspectos sócio – culturais dos transtornos alimentares.** *Psychiatry on line Brazil*. 1998 3 (2): 1-8

NAKAMURA, E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares. In___BUSSE, S, de R. *Anorexia, Bulimia e Obesidade*, São Paulo: Manole, 2004. Cap.2 ,p.14 -16.

NASSER, M. **Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among Arab female students of both London and Cairo Universities.** *Psychological Medicine*, v. 16, p. 621-625, 1986.

NELSON, W. L.; HUGUES, H. M.; KATZ, B.; SEARIGHT, H. R. **Anorexic Eating Attitudes and Behaviors of Male and Female College Students.** *Adolescence*, v. 34, n. 135, Fall 1999. NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 416 p.

NUNES, M.A.A; APPOLINARIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G.; COUTINHO, W. et al, **Transtornos Alimentares e Obesidade**, Porto Alegre, Artmed, p13-62, 1998

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Problemas de la salud de la adolescência.** Genebra, 1965. 29p. (OMS – Serie de informe Técnicos, 308)

ORNELLAS, L.H.**A alimentação através dos tempos. Rio de Janeiro, MEC, 1978.** (Serie Cardernos Didáticos do MEC)

OYEWUMI, L.K.; KAZARIAN, S.S. **Abnormal Eating Attitudes among a Group of Nigerian Youths: II Anorexic Behavior.** *East African Medical Journal*, v. 69, n. 12, p. 667-669, Dec. 1992.

PAGANO M.; GAUVREAU K. **Princípios de Bioestatística.** São Paulo: Tho

PAWLUCK D. E.; GOREY K. M.; Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: intregative review of population-based studies **Int. J. Eat Disord** vol 23 (supl 4) p. 347 -352, 1998

- PHILIPPI, L. S. T. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa**. Rev. Nutr., Campinas, v. 16, n. 1, jan. mar. 2003.
- PINTO, A. C. M.; CAMARGO, M. R.; NOVO, N. F.; HUBNER, C. V. K.. **Transtornos alimentares em alunas da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-SP**. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 11, n. 2, p. 16-20, 2009.
- PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C.. **Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 31, n. 4, 2004.
- RECALCATI, M. **Clínica Del vacío. Anorexias, dependências, psicosis**. Madrid: Editorial Sintesis, 2003
- RIFFO, P.; PÉREZ, M. P.; GONZÁLEZ, M.; ARANDA, W. **Prevalencia de conductas de riesgo de trastornos del hábito del comer en estudiantes de medicina**. Rev. Child. Salud Publica, v. 7, n. 3, p. 146-149, 2003.
- RODRIGUES A. M. et al **Perfil Nutricional Composição Corporal E Habitros Alimentares De Modelos Adolescentes** Pediatría Moderna, São Paulo VXXI nº 4 p 170- 178, 2005
- RODRIGUES A.M. et al **Avaliação do Estado Nutricional, prevalência de Sintomas de Anorexia e Bulimia Nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras**. Revista Nutrição Brasil RJ v4 p182 – 187, 2005
- ROZENSZTEJN. R., TREASURE. J., **Transtornos de la alimentación: desafío para el profesional de la salud** Adolescencia Latinoamericana vol.1, p.139-147, 1998
- RUSSELL, G.F.M. **Bulimia nervosa: na ominous variant of anorexia nervosa**. Psychology Medical. New York, v.1, n.9, p. 429-448, 1979.
- SANT'ANNA, D. B. de. **Bom para os olhos, bom para o estômago: o espetáculo contemporâneo da alimentação**. Pro-Posições. 2003, vol.14, n.2 (41).
- SANTOS, C. R. A. dos. **A alimentação e seu lugar na história: Os tempos da memória gustativa**. História: Questões & Debates, Curitiba: UFPR, 2005 n. 42, p. 11-31.
- SARAVIN, B. **Fisiologia do gosto**. Trad. P. Neves, São Paulo. Ed. Companhia das Letras, 1995

SHEEHN H.L, SUMMERS V.K. **The syndrome of hypopituitarism.** Quart J Med 1949;18:319-78.

SHEFER, T. **"Abnormal" eating attitudes and behaviours among women students.** SAMT, v. 72, p. 419-421, 19 Sept. 1987.

SOUZA, F G de M.; MARTINS, M C; MONTEIRO, F C C; NETO, G. C. de M.. RIBEIRO, I. B. **Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC.** Revista de Psiquiatria Clínica. Disponível em: www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n4/172.html Acesso em: 25 ago 2009.

STIPP, L M; OLIVEIRA, M R M de. **Imagem Corporal e atitudes alimentares: diferenças entre estudantes de nutrição e de psicologia.** Saúde em Revistas, Piracicaba, v. 5, n. 9, p. 47-51, 2003.

SOUTO S., BUCHER J.S.N.F. **Praticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares.** Ver Nutr v 19 nº 6 Campinas Nov/dez 2006.

STEINBERG 1999 in STEINBER 2001 – **Adolescent development**

STEVENS A., **Les Feuilletes Du Cortil, n 15 Le désir et la faim, mars 1998. P79-92** traduzido por Pimenta J. CURINGA Escola Brasileira de Psicanálise – MG nº 20 Nov 2004 pag 27-39

TAVARES, V.C.; NETO, F. T.; Transtornos alimentares In Nutrição clinica, Guanabara, p. 431 – 439, 2003

TONIAL, S.R., **Desnutrição e Obesidade:** faces contraditórias na miséria e na abundancia. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001. (Série: Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), n.2)

VIEIRA, V.C.R.; PRIORI, S.E.; RIBEIRO, S.M.R.; FRANCESCHINI, S.C.C.;

VILELA, J. E. M.; LAMOUNIER, J. A.; Prevalência dos Transtornos e Comportamentos Alimentares Estudantes de 6 a 18 anos Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo horizonte, Minas Gerais, 2000

WILSON, G.T. - Assessment of Binge Eating. In: Fairburn C.G. & Wilson G.T. (eds.) **Binge eating: Nature, Assessment and Treatment** 227-249, 1993

WEINBERG, C; CORDAS, T A; MUNOZ, P A. **Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina?** Rev. Psiquiatr., RS, v. 27, p. 51-56, jan./abr. 2005.

APENDICE I Parecer do Comitê de Ética da UFMG

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 275/08

**Interessado(a): Profa. Cristiane de Freitas Cunha
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 02 de julho de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação de sintomas e transtornos alimentares em alunos de uma universidade particular e uma pública**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

APENDICE II Carta Convite as Faculdades

Belo Horizonte, ____/____/____.

Faculdade...

A Diretoria

Prezado (a) Sr(a). Diretor(a),

Os transtornos do comportamento alimentar constituem uma área de crescente interesse entre os profissionais de saúde, uma vez que o número de casos diagnosticados vem aumentando. Pode-se relacionar o aumento da incidência com as exigências sociais, principalmente nas mulheres, relacionadas ao culto da extrema magreza, independente da classe social. Observa-se que mesmo em mulheres de classes sociais menos favorecidas, o “corpo obeso” não inspira palavras de aprovação de ninguém.

Os transtornos do comportamento alimentar podem ser denominados anorexia nervosa e ou bulimia nervosa de acordo com a classificação do DSM-IV. A anorexia nervosa caracteriza-se por uma recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima. A bulimia nervosa é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios, tais como vômitos auto-induzidos; mal uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejuns ou exercícios excessivos. Uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal é a característica essencial tanto da anorexia nervosa quanto da bulimia nervosa. Uma categoria de Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação também é oferecida para a codificação de transtornos que não satisfazem os critérios para um Transtorno Alimentar Específico.

Estudos mostram ser possível a obtenção de informações sobre a saúde alimentar através de questionários auto aplicáveis (EAT- 26(Eating Attitudes Test), BITE (Bulimic Inventory Test Edinburgh)).

A anorexia nervosa é uma doença que ocorre com mais freqüência em jovens do sexo feminino. Os estudos mais bem documentados mostram prevalência na faixa

etária entre 12 a 25 anos, mas com picos de incidência entre 14–15 anos e 18 anos. Já a bulimia nervosa tem seu começo mais tarde, em torno de 16 a 19 anos, com picos de incidência entre 18 e 19 anos. Portanto serão convidados para participarem da pesquisa, universitários no primeiro semestre de faculdade de ambos os sexos na faixa etária de 18 a 19 anos, preenchendo os questionários auto aplicáveis, a fim de avaliar os sintomas existentes, relacionados ao sexo, idade e curso universitário escolhido, comparando com os estudos já existentes na literatura.

Dessa forma, esta pesquisa do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, tem como objetivo avaliar a incidência de sintomas de transtorno alimentar em universitários no início da faculdade com idade entre 18 e 19 anos e 11 meses. Vimos, então, convidar e oficializar a participação desta escola na coleta de dados referente ao seguinte projeto, inserido no programa de pós-graduação (mestrado) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG):

“Avaliação de Sintomas de Transtornos Alimentares em alunos de uma Universidade Particular e uma Pública”

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP em julho de 2008.

A escola foi selecionada para participar afim de reunir o maior numero de cursos e alunos. A pesquisa avaliará, durante o período de abril a junho.

Antes de iniciar o trabalho, vamos nos apresentar aos alunos, fornecer informações gerais sobre a pesquisa, esclarecer dúvidas e incentivar sua participação. Para verificar a ocorrência dos objetos (objetivos) destes estudos, propomos a aplicação dos questionários durante alguma aula, resguardando o anonimato de cada participante. O projeto não apresenta riscos significativos e seus resultados fornecerão dados para uma avaliação e se necessário intervenção. O sigilo e anonimato dos participantes serão resguardados.

É importante lembrar que, para que o estudante participe, será necessário que o mesmo conceda a autorização através de documentos específicos e individuais, contendo informações gerais, conforme as normas do Ministério da Saúde. Tais documentos serão entregues por nós.

Ao fim do estudo, todos participantes interessados receberão uma carta contendo os resultados obtidos em sua avaliação individual. Caso estes resultados indiquem ina-

dequações ou riscos à saúde, o adolescente poderá ser encaminhado para tratamento específico no âmbito da UFMG. Todas os estudantes que colaborarem serão informadas que, se eles mesmas tiverem perguntas sobre o estudo, poderão entrar em contato com a representante da equipe, Gisele Araújo Magalhães , pelo telefone (3191224078) ou através do e-mail (giselearaujomag@hotmail.com).

Os dados obtidos estarão disponíveis para análise científica e se publicados, não haverá identificação dos indivíduos. Haverá segurança na condução dos exames e garantia no sigilo dos dados.

Diante do exposto e através deste documento, fica firmado o compromisso entre ambas as partes (equipe e escola).

Representantes da Equipe:

Gisele Araújo Magalhães, Nutricionista (mestranda)

Dra Cristiane de Freias Cunha - Médica - Professora Orientadora

Representantes da Escola:

Nome completo (letra de forma):

Identidade e Cargo:

Nome completo (letra de forma):

Identidade e Cargo:

APENDICE III Termo de Livre Consentimento para Pesquisa

Prezado(a) participante,

Você esta sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo título é “AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PARTICULAR E UMA PÚBLICA”. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a prevalência de sintomas de transtorno alimentar nos universitários do 1º semestre de faculdade. Serão convidados todos os alunos do 1º período de faculdade que ingressarem no segundo semestre de 2008.

Sua participação consiste em preencher 3 questionários auto aplicáveis, a identificação será através de um numero sorteado, o qual o participante ira anotar no questionário demográfico sem o conhecimento do pesquisador, os questionários serão colocados em um envelope e lacrados garantindo o anonimato do participante.

Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados no mais absoluto sigilo. Os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto.

Sua participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o seu desejo, a qualquer momento. O procedimento não oferece qualquer risco a você e suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar.

Caso concorde com sua participação nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento pós-informado anexo.

Gisele Araújo Magalhães

Cristiane de Freitas Cunha

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

APENDICE IV – Termo de Consentimento Pós informado

(para participantes com 18 anos completos a 19 anos e 11 meses)

Concordo com a minha participação na pesquisa “AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PARTICULAR E UMA PÚBLICA”. Estou ciente dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordo com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de .

Responsáveis pela pesquisa:

Gisele Araújo Magalhães – endereço Rua Juiz de Fora 1268 sl 1405 – Telefone 32923390

- Cristiane de Freitas Cunha - Telefone: 35817083

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2ºandar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3499-4592

ANEXO I- Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh BITE

TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGH - BITE

Por favor, responda as questões de acordo como você vem se sentindo nos últimos 3 MESES:

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular ?
 SIM NÃO
2. Você faz dietas rígidas ?
 SIM NÃO
3. Sente-se fracassando quando quebra sua dieta uma vez ?
 SIM NÃO
4. Você conta as calorias de tudo que come, mesmo quando não está de dieta ?
 SIM NÃO
5. Você já jejuou por um dia inteiro ?
 SIM NÃO
6. Se já jejuou, qual a frequência ?
 dias inteiros
 2 a 3 vezes por semana
 uma vez por semana
 de vez em quando
 somente uma vez
7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar sua perda de peso ?

	NUNCA	DE VEZ EM QUAN- DO	1 VEZ POR SEMANA	2 A 3 VEZES POR SEMANA	TODO DIA	2 A 3 VEZES AO DIA	4 A 7 VEZES AO DIA
TOMAR C O M P R I- MIDOS							
TOMAR DIURÉTICOS							
TOMAR LA- XANTES							
VOMITAR							

8.

8. O seu padrão de alimentação prejudica muito a sua vida ?
 SIM NÃO
9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida ?
 SIM NÃO
10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente ?
 SIM NÃO
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida ?
 SIM NÃO
12. Você come moderadamente na frente dos outros e depois exagera em particular ?
 SIM NÃO
13. Você sempre pode parar de comer quando quer ?
 SIM NÃO
14. Você já sentiu um incontrolável desejo para comer e comer sem parar ?
 SIM NÃO
15. Quando está ansioso (a), você tende a comer muito ?
 SIM NÃO
16. O pensamento de tornar-se gordo (a) o (a) apavora ?
 SIM NÃO
17. Você já comeu grande quantidade de comida muito rapidamente (não uma refeição)?
 SIM NÃO
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares ?
 SIM NÃO
19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come ?
 SIM NÃO
20. Você se volta para a comida para aliviar algum tipo de desconforto ?
 SIM NÃO
21. Você é capaz de deixar comida no pOrato ao final de uma refeição ?
 SIM NÃO
22. Você engana os outros sobre o quanto você come ?
 SIM NÃO
23. O quanto você come é determinado pela fome que sente ?
 SIM NÃO
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação ?
 SIM NÃO
25. Se sim, estes episódios deixaram você sentindo-se mal ?
 SIM NÃO
26. Se você tem estes episódios, eles ocorrem só quando você está sozinho (a) ?
 SIM NÃO
27. Se você tem estes episódios, qual a freqüência ?

- quase nunca
 - 1 vez por mês
 - 1 vez por semana
 - 2 a 3 vezes por semana
 - diariamente
 - 2 a 3 vezes por dia
28. Você iria até as últimas conseqüências para satisfazer um desejo exagerado de comer ?
 SIM NÃO
29. Se você come demais, sente-se muito culpado (a) ?
 SIM NÃO
30. Você já comeu escondido (a) ?
 SIM NÃO
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais ?
 SIM NÃO
32. Você se considera alguém que come compulsivamente ?
 SIM NÃO
33. Seu peso varia mais de 2.5kg em uma semana ?
 SIM NÃO

ANEXO II TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES - EAT

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES – EAT-26

Por favor, responda as questões marcando um X na coluna que melhor se aplicar:

S – SEMPRE

AV – ÀS VEZES

MF – MUITO FREQUENTEMENTE

R – RARAMENTE

F – FREQUENTEMENTE

N – NUNCA

	S	MF	F	AV	R	N
1. Costumo fazer dietas.						
2. Como alimentos dietéticos.						
3. Me sinto mal após comer doces.						
4. Gosto de provar novos alimentos engordantes.						
5. Evito alimentos que contenham açúcar.						
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos. (pão, batata, arroz, etc.).						
7. Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro						
8. Gosto de estar com o estômago vazio.						
9. Quando faço exercício, penso em queimar calorias.						
10. Me sinto extremamente culpado (a) depois de comer.						
11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso.						
12. Me preocupa a possibilidade de ter gordura no meu						
13. Sei quantas calorias tem os alimentos que como.						
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.						
15. Vomito depois de comer.						
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.						
17. Passo muito tempo pensando em comida.						
18. Me acho uma pessoa preocupada com a comida.						
19. Sinto que a comida controla minha vida						
20. Corto os alimentos em pedaços pequenos.						
21. Levo mais tempo que os outros para comer.						

22. As outras pessoas acham que sou magro (a) demais.						
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse						
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.						
25. Evito comer quando estou com fome.						
26 Demonstro auto-controle em relação à comida.						

ANEXO III Questionário DemográficoQUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Data da entrevista: ____/____/____

Nº. de identificação (para retorno dos dados) _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: FEM () MASC ()

Curso: _____

Período: _____