

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR ANORMAL E
PRÁTICAS INADEQUADAS PARA CONTROLE DE
PESO ENTRE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO
DE FORTALEZA**

Antonio Maia Olsen do Vale

Orientadora: Dra. Ligia Regina Sansigolo Kerr-Pontes

**Fortaleza – Ceará
2002**

ANTONIO MAIA OLSEN DO VALE

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR ANORMAL E PRÁTICAS
INADEQUADAS PARA CONTROLE DE PESO ENTRE
ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO DE FORTALEZA**

**Dissertação apresentada à Banca
Examinadora do Mestrado em
Saúde Pública como parte dos
requisitos para obtenção do título
de Mestre.**

Orientadora: Dra. Ligia Regina Sansigolo Kerr-Pontes

Fortaleza - Ceará

2002

V243c Vale, Antonio Maia Olsen do

Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza/ Antonio Maia Olsen do Vale. – Fortaleza, 2002. 127 p.

Orientadora: Profa. Dra. Ligia Regina Sansigolo Kerr-Pontes

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Departamento de Saúde Comunitária.

1. Transtornos Alimentares. 2. Adolescência. 3. Anorexia Nervosa. 4. Bulimia Nervosa. I. Título.

CDD 616.8526

Folha de Avaliação

COMPORTAMENTO ALIMENTAR ANORMAL E PRÁTICAS INADEQUADAS PARA CONTROLE DE PESO ENTRE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO DE FORTALEZA

AUTOR: Antonio Maia Olsen do Vale

ORIENTADORA: Dra. Ligia Regina Sansigolo Kerr-Pontes

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

(1º Examinador)

Profa. Dra. Mônica Colares Oliveira Lima

(2ª Examinadora)

Profa. Dra. Ligia Regina Sansigolo Kerr-Pontes

(3ª Examinadora)

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUÇÃO	8
1.1 – TRANSTORNOS ALIMENTARES NA POPULAÇÃO FEMININA	21
1.2 – EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES	25
2. MATERIAL E MÉTODOS.....	35
2.1 - DESENHO	35
2.2 - POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	35
2.3 – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	39
2.4 – HIPÓTESES	45
2.5 - PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	45
3. RESULTADOS.....	47
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	47
3.2 – DADOS ANTROPOMÉTRICOS (ALTURA, PESO E IMC)	49
3.3 – INVENTÁRIO BITE.....	52
3.4 – INVENTÁRIO EAT-26	66
3.5 – INVENTÁRIO BODY SHAPE QUESTIONNAIRE.....	74
4. DISCUSSÃO.....	78
5. CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	92
ANEXOS	95
FOLHA DE ROSTO DO INSTRUMENTO	95
QUESTIONÁRIO INICIAL.....	96
TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDIMBURGO (BITE).....	97
TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26).....	100
QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL (BSQ).....	102
ARTIGO PRODUZIDO COM OS DADOS DO BITE	104

RESUMO

Objetivo: caracterizar práticas alimentares e os possíveis fatores de risco associados aos Transtornos Alimentares, entre estudantes adolescentes do sexo feminino de Fortaleza-CE.

Métodos: estudo transversal, com 652 mulheres de 14 a 20 anos, estudantes do 2º ano do segundo grau. Foram utilizados o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE), o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e o *Eating Attitudes Test* (EAT-26).

Resultados: Das adolescentes, 73,6% estão fora de risco para o desenvolvimento de um Transtorno Alimentar, 25,2% delas estão em situação de risco e em 1,2% foram encontrados indicativos para a ocorrência de um transtorno alimentar. A proporção de adolescentes que apresentaram práticas de risco foi superior nas escolas particulares ($p < 0,05$). Segundo o EAT-26, 9% da amostra apresentam uma pontuação (≥ 21) que caracteriza um estado de situação de risco, além de atitudes alimentares patológicas. O BSQ apontou que 36,2% das adolescentes apresentam preocupação com a imagem corporal; destas 61% tiveram uma preocupação considerada de grau leve, 26,3% apresentaram uma moderada preocupação e 12,7% apresentaram uma grave preocupação com a imagem corporal. A proporção de adolescentes que apresentam preocupação com a imagem corporal em colégios particulares (43%) foi superior à proporção das que estudam em colégios públicos (32,3%), ou seja, a ocorrência de adolescentes com alteração de imagem corporal é maior nos colégios particulares ($p < 0,05$). As estudantes de colégios públicos e particulares demonstraram um desejo similar de serem magras, mas as adolescentes de colégios particulares usam de forma mais freqüente práticas inapropriadas para alcançar este desejo.

Conclusão: Adolescentes que apresentam todos os critérios diagnósticos para caracterizar um transtorno alimentar são uma ocorrência rara em escolas públicas e privadas de Fortaleza, enquanto que os sintomas de transtorno alimentar, apresentando-se em pequena mas preocupante quantidade, ocorrem numa freqüência relevante entre a população estudada.

Descritores: transtornos alimentares, adolescência, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

ABSTRACT

ABNORMAL EATING BEHAVIOR AND INAPPROPRIATE PRACTICES FOR WEIGHT CONTROL AMONGST FEMALE ADOLESCENTS IN FORTALEZA

Objectives: characterize eating habits and possible risk factors associated with Eating Disorders, amongst female adolescents in Fortaleza-CE, Brazil.

Methodology: transversal study, with 652 women between 14 and 20 years of age, students of the second year of Middle-level education. The *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE), the *Body Shape Questionnaire* (BSQ) and the *Eating Attitudes Test* (EAT-26) were used.

Results: 73.6% of the subjects are out of risk for development of an Eating Disorder, 25.2% are at risk and in 1.2% a strong possibility of eating disorder in course was found. The proportion of adolescents who showed risky habits was greater in private schools ($p < 0.05$). According to the EAT-26, 9% of the sample showed a score (≥ 21) which characterizes them as being at risk and practicing pathological eating habits. The BSQ indicated that 36.2% of the adolescents showed concern with their body image (BI); of these, 61% ($n=236$) were concerned to a degree considered mild, 26.3% showed a moderate concern and 12.7% showed serious concern with BI. Students at public and private schools demonstrated a similar desire to be thin, but adolescents from private schools more frequently used inappropriate practices in order to reach that wish.

Conclusion: Adolescents who demonstrate eating disorders in their clinical form, are a rare phenomenon in public and private schools in Fortaleza, whilst the symptoms of eating disorder, either isolated or in small groups, occur with relevant frequency amongst the population studied.

Key words: Eating disorders, adolescence, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação feminina com dietas e outros métodos para redução de peso surgiu como fenômeno de massa no começo do século XX, tornando-se praticamente uma epidemia na década de 60 (MARCONDES, 1993). A necessidade de ser (muito) magra para se enquadrar nos padrões estabelecidos de beleza é algo que perpassa todas as camadas sociais, além de já ser algo que está impregnado no imaginário feminino e masculino como sendo um dos primeiros critérios para uma mulher ser considerada bonita na maioria dos grupos sociais ocidentais.

Esta preocupação das mulheres com o peso corporal não se origina apenas de uma questão de saúde ou de uma preocupação com os males do excesso de gordura, na verdade, a mesma possui uma forte imposição mercadológica. A indústria da magreza gera lucro para os mais diversos grupos econômicos (empresas de produtos alimentares, indústria têxtil, mídia, etc.), que se sustentam através da constante busca das mulheres por um corpo que seja socialmente considerado belo. Anualmente, nos Estados Unidos, o mercado envolvido com dietas alcança um lucro crescente de 33 bilhões de dólares (MARCONDES, 1993).

Estes grupos econômicos precisam, para sobreviver, de um mercado consumidor ativo e em constante necessidade de novos produtos. Surge assim, uma imposição sócio-cultural postulando que para ser bonita e popular é preciso ser muito magra, levando as adolescentes aos comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso, a fim de atingirem um ideal de peso determinado por contingências econômicas, que podem ocasionar uma grande e perigosa quantidade de complicações orgânicas e psicológicas.

Dentre estas complicações as mais conhecidas são os Transtornos Alimentares, que podem ser enumerados da seguinte forma: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno do comer compulsivo e, dependendo da classificação utilizada, existe ainda o transtorno alimentar não especificado (CORDÁS, 1993; OMS, 1993; AAP, 1995).

Em comum, os portadores de um transtorno alimentar podem apresentar preocupação excessiva com o estado atual e/ou um possível aumento da forma e do peso corporal, desejo de emagrecer (muitas vezes relatado pelos pacientes como uma necessidade que é mais forte do que um desejo), alterações na imagem corporal (maneira como se reage perceptivamente ao próprio corpo) e utilização de práticas inadequadas para controle de peso (uso de jejuns e restrições alimentares, vômitos, laxantes, etc). Este quadro sintomatológico é fruto de uma rica interação de fatores físicos, psicológicos e sócio-culturais, que ainda não são inteiramente compreendidos (CORDÁS, 1993).

A população feminina jovem, de 12 a 28 anos, é a mais atingida por este problema, numa proporção que chega a 20 casos em mulheres para cada caso em homens (CORDÁS, 1995). Por causa desta diferença na prevalência entre os gêneros, os transtornos alimentares são considerados pela literatura como um

problema eminentemente feminino. Isto repercute no discurso dos artigos, que, em sua maioria, referem à população do estudo sempre no feminino.

De forma geral, as pessoas que se utilizam destas práticas inadequadas, também chamadas de métodos compensatórios inadequados, o fazem por acharem que tais métodos impedirão facilmente o ganho de peso, sem se importarem com possíveis consequências danosas para a saúde. As práticas mais comuns são:

- Vômitos Auto-induzidos – geralmente provocados pela introdução do dedo na garganta, o que provoca reações reflexas de vômito, após a ingestão de alimentos ou líquidos.
- Laxantes – os mais utilizados são os salinos (Leite de Magnésia), sendo seguidos pelos catárticos e estimulantes (Senna, cáscara sagrada, fenoltaleína, etc.).
- Jejum Prolongado – geralmente aparece alternado com períodos de hiper-alimentação, e quando não, leva facilmente a um quadro de desnutrição.
- Diuréticos – são muito utilizados por causa da falsa idéia de que provocam perda de peso. Entretanto, só provocam a eliminação de água. Seu uso constante pode levar a um ciclo vicioso, onde o corpo se acostuma a ter aquela substância que o faz perder água, ocasionado um acúmulo de líquidos quando o diurético é retirado. Quando a cliente começa a reter líquidos ela pensa que precisa de mais diuréticos para diminuir o peso (que na verdade é apenas água acumulada).
- Anorexígenos e Fórmulas Afins – são composições que possuem inibidores do apetite, anfetamínicos, hormônios da tireóide, diuréticos e outras drogas psicoativas (benzodiazepínicos) e ilegais (cocaína, maconha, heroína, ecstasy, etc.). Aqui no Brasil o acesso a esses produtos é extremamente fácil devido a fatores como automedicação e relativa facilidade de se obter receitas.
- Outros Métodos – incluem: exercícios físicos em excesso, dietas “emagrecedoras” com severa restrição calórica, cigarro, negligência do uso de

insulina em diabéticos, prorrogação excessiva do período de amamentação, uso de enemas, etc.

Além destes, outros comportamentos alimentares considerados danosos, que são característicos de um transtorno alimentar, estão envolvidos na constituição de uma situação de risco para a saúde física e emocional.

- Episódios bulímicos – caracterizam-se pela ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimentos em um curto período de tempo. Durante um simples episódio bulímico a quantidade de calorias ingeridas geralmente varia entre 1.000 e 6.000 calorias, podendo até exceder este valor. Aquelas que apresentam estes episódios geralmente o descrevem como uma necessidade descontrolada de se empanturrar e depois sentir alívio (CORDÁS *et al*, 1998).
- Relacionamento paradoxal com a comida – envolve um pensamento obsessivo sobre comida e calorias, que causa tanto prazer como culpa, e outros sentimentos aversivos (raiva, frustração). Neste tipo de situação, a comida possui vários papéis contraditórios, tanto ela é aquilo que alivia e gera prazer como também é aquilo que aumenta o peso e causa vergonha.

Simplesmente se enquadrar em uma ou duas das práticas citadas não é motivo suficiente para caracterizar um transtorno alimentar, ou mesmo uma psicopatologia específica. Mas quem o faz está se colocando em uma situação de risco não apenas para o desenvolvimento de um transtorno alimentar, mas também para diversos danos à saúde como um todo.

Segundo COSTA e AZEVEDO (1998), dentre os sintomas somáticos que acometem aquelas pessoas que apresentam comportamentos alimentares do tipo anoréxico podemos citar: manifestações de desnutrição e desidratação em geral (fadiga, fraqueza, tonturas, visão turva, frio exagerado, distúrbios do sono,

constipação, queda de cabelos, etc); sinais de emagrecimento (rosto encovado, glândulas parótidas aumentadas, palidez, pele amarelada, lábios finos, joelhos e costelas protuberantes, abdome escavado, etc); temperatura e pressão abaixo do normal; sinais de cetonemia; pele fria, seca e descamativa podendo apresentar uma fina camada de pêlos (lanugo); cabelos opacos, quebradiços e diminuição dos caracteres sexuais secundários (pêlos axilares e pubianos, mamas). Ocorrendo uma crônificação do quadro clínico podemos ainda encontrar:

- Complicações Cardiovasculares – hipotensão arterial sistêmica, hipotensão postural, acrocianose com extremidades frias, bradicardia, prolapso da válvula mitral, falência cardíaca, entre outras.
- Complicações Renais – são relatadas em 70% das mulheres com quadro de práticas anoréxicas. Podemos citar as seguintes complicações: diminuição do nitrogênio uréico sanguíneo, em virtude da inanição, poliúria, desidratação crônica e hipocalcemia podem provocar danos aos túbulos renais, cálculos renais, piúria e hematúria.
- Complicações Dermatológicas – carotenodermia (cor amarelada da pele) e outras alterações na qualidade e aspecto da pele, cabelos e pêlos corporais.
- Complicações Visuais – catarata, atrofia do nervo óptico e degeneração da retina.
- Complicações Hematológicas – leucopenia, anemia e tendência ao sangramento.
- Alterações ósseas e de Crescimento – no caso das adolescentes ocorre uma interrupção ou diminuição do crescimento e desenvolvimento ósseo. Aumenta a probabilidade de fraturas devido à diminuição da densidade óssea.
- Complicações Gastrointestinais – constipação, cólon catártico, retardo do esvaziamento gástrico, distensão abdominal, desconforto gástrico pós-prandial, esofagites, úlceras, etc.

- Alterações Endocrinológicas – amenorréia primária ou secundária (parada da menstruação), infertilidade.
- Alterações Metabólicas – hipercolesterolemia e hipoglicemia.
- Complicações Neurológicas – discreto alargamento dos sulcos e dilatação de ventrículos cerebrais.

Para COSTA e AZEVEDO (1998) as pessoas que apresentam comportamentos alimentares semelhantes aos quadros de bulimia podem relatar: fadiga, fraqueza, letargia, perda da capacidade de concentração, tonturas, câimbras, suor frio, intolerância ao frio, dor abdominal, constipação, diarreia, queda de cabelos, aumento das glândulas salivares, ulcerações/cicatrices ou calosidades no dorso da mão e erosão do esmalte dentário. Quanto às complicações clínicas podemos encontrar:

- Distúrbios Hidreletrolíticos – são causados pelos vômitos, pelo abuso de laxantes e/ou diuréticos e jejuns prolongados. Os mais comuns são a desidratação, a hipopotassemia, a alcalose metabólica, a hipocloremia, a hiponatremia, a hipomagnesemia, a acidose metabólica e a hipofosfatemia.
- Complicações Gastrointestinais – hipertrofia das parótidas e submandibulares, eritema no palato, gengiva e faringe, erosão do esmalte dentário, esofagite, úlcera, dilatação gástrica, síndrome de má absorção no intestino, pancreatite.
- Complicações Pulmonares – bradipnéia, pneumonia de aspiração.
- Complicações Cardiovasculares – bradicardia, hipotensão, hipotensão ortostática, prolapso da válvula mitral.
- Alterações Metabólicas – hipoglicemia, colesterol elevado, certo grau de desnutrição.
- Complicações Renais – diminuição da taxa de filtração glomerular, nefropatia caliopênica, aumento da uréia, formação de cálculos.

- Complicações Neurológicas – resultados anormais no EEG.
- Alterações endocrinológicas – irregularidade menstrual, amenorréia, aumento do cortisol basal, diminuição dos níveis séricos do T3.
- Complicações Hematológicas – anemia normocítica e normocrômica.

As classificações atuais dos transtornos mentais e do comportamento, CID-10 e DSM-IV (OMS, 1993; AAP, 1995), fornecem os critérios utilizados para o diagnóstico dos transtornos alimentares e os apresentam como sendo independentes de outras patologias. A classificação apresentada pela CID-10 é a oficial no Brasil, desde Janeiro de 1996, e foi traduzida e elaborada em mais de 10 outros países, o que lhe garante o *status* de ser transcultural, ao contrário da DSM-IV que é de uso exclusivo para os Estados Unidos (NUNES & RAMOS, 1998).

A palavra “anorexia” é de origem grega, significa falta de apetite (CORDÁS, 1993). Mas, como transtorno, a anorexia nervosa não se caracteriza necessariamente por uma falta de apetite, como acontece na anorexia em outros quadros clínicos, como depressão e tumores malignos por exemplo, mas sim pela recusa da alimentação e pela busca de um domínio imaginário sobre a fome (GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992). A busca da perda de peso a qualquer custo é a característica marcante da anorexia nervosa. O começo deste transtorno se dá sempre com uma queda no peso, que em quase todos os casos é resultante de uma doença, de um tratamento médico ou de uma dieta auto-induzida (MOSCHETTA & CORDIOLI, 1985). Esta perda de peso vem acompanhada de uma alteração no modo da pessoa perceber o tamanho e as formas do seu próprio corpo, que é chamada de alteração (ou distúrbio) de imagem corporal, onde, mesmo que a paciente esteja claramente em grave estado de desnutrição, ela percebe suas formas corporais como sendo “muito gordas” (CORDÁS, 1993). Durante a adolescência a imagem corporal

é um fator crítico, pois as mudanças ocasionadas pela puberdade impõem uma readaptação da imagem de um corpo infantil para um corpo de adolescente com todas as características sexuais secundárias realçadas (FLEITLICH, 1997). Uma superestimativa da imagem corporal, durante o processo de readaptação, pode motivar a busca pelos comportamentos inadequados de controle de peso (CORDAS e CASTILHO, 1994).

Outra característica muito importante para avaliar se uma pessoa apresenta um problema de anorexia (e também obesidade) é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (COUTINHO, 1998). Este índice foi criado pelo médico Quetelet, seu cálculo é feito pela fórmula “ $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$ ”, ou seja, o peso em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado. Segundo este índice, para que uma pessoa seja considerada anoréxica, o seu IMC teria que ser 17,5 ou menor (OMS, 1993). Existe um problema na utilização deste índice que deve ser levado em consideração: ele não faz distinção entre massa magra (músculos, ossos, água, etc.) e massa gorda (tecido adiposo), pois o cálculo mede a corpulência e não a adiposidade. Mesmo com este problema o IMC; devido à sua praticidade, rapidez de resultado e simplicidade; ainda é um dos principais critérios para a avaliação da gravidade e diagnóstico da anorexia. A tabela 01 apresenta os valores e a classificação quanto ao IMC adotada nesta dissertação.

Tabela 01: Classificação do peso de acordo com o Índice de Massa Corporal.

IMC, kg/m ² , faixa	Classificação
< 20	Abaixo do peso normal
20 – 24,9	Faixa normal
25,0 – 29,9	Pré-obeso (sobrepeso)
30,0 – 34,9	Obesidade Classe 1
35,0 – 39,9	Obesidade Classe 2
≥ 40	Obesidade Classe 3 (Obesidade mórbida)

Vários estudos epidemiológicos apontaram que existe uma correlação significativa entre valores baixos de IMC (<18,5) e um aumento dos índices de morbidade e letalidade nas populações estudadas.

Quadro 01: critérios diagnósticos da CID-10 (OMS, 1993) para a anorexia nervosa.

F50.0 Anorexia Nervosa	<p>Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:</p> <p>(a) O peso corporal é mantido pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice de massa corporal de Quetelet [IMC de Quetelet = peso (KG) / (altura [m])²] em 17,5 ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.</p> <p>(b) A perda de peso é auto-induzida por abstenção de "alimentos que engordam" e um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos.</p> <p>(c) Há uma distorção da imagem corporal na mesma forma de uma patologia específica, por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e sobrevalorada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.</p> <p>(d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado, em mulheres, como amenorréia e, em homens, como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônio do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoideano e anormalidades de secreção da insulina.</p> <p>(e) Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa, nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.</p>
F50.1 Anorexia nervosa atípica	<p>Esse termo deve ser usado para aqueles indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos-chave da anorexia nervosa (F50.0), tais como amenorréia ou perda de peso significativa, estão ausentes, mas que, por outro lado, apresentam um quadro clínico razoavelmente típico. Tais pessoas são usualmente encontradas em serviços de psiquiatria de ligação em hospitais gerais ou em atenção primária. Pacientes que têm todos os sintomas-chave, mas somente num grau leve, podem também ser melhor descritos através desse Termo. Ele não deve ser usado para transtornos alimentares que se assemelham à anorexia nervosa, mas são decorrentes de uma doença física conhecida.</p>

A palavra "bulimia" também tem origem grega e é uma derivação de duas palavras, "bous" que significa "boi" e, "limos" que significa "fome", que significam uma fome grande o suficiente para comer um boi inteiro (CORDÁS, 1993). Uma das principais características da bulimia nervosa é a perda parcial ou completa do autocontrole da quantidade de alimento ingerida, o que leva a um

consumo compulsivo de grandes quantidades de alimento e a uma posterior necessidade de “eliminar” esta comida do corpo através de diversos métodos (os episódios bulímicos). Outra característica importante é a busca por qualquer prática que promova (de forma imaginária ou não) uma eliminação do peso corporal, tais como vômitos, exercícios em excesso, uso de laxantes e diuréticos, etc. Assim, como na anorexia nervosa, também ocorre alteração de imagem corporal. O início do transtorno geralmente ocorre nos últimos anos da adolescência até os 40 anos ou mais (CORDÁS, 1993). Casos de bulimia nervosa antes dos 12 anos são extremamente raros (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000); não é incomum um período de anorexia nervosa na história recente da paciente.

Quadro 02: Os critérios diagnósticos da CID-10 para a bulimia nervosa (OMS, 1993).

F50.2 Bulimia Nervosa	<p>Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:</p> <p>(a) Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.</p> <p>(b) O paciente tenta neutralizar os efeitos "de engordar" dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas tais como anorexígenos, preparados tireoideanos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.</p> <p>(c) A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há, freqüentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma "disfarçada" menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorréia.</p>
-----------------------------	--

O transtorno do comer compulsivo ainda é uma categoria nova e controversa, que ainda necessita de maior diferenciação em relação à bulimia e à obesidade. A CID-10 não apresenta critérios para o seu diagnóstico, estes existem apenas no apêndice B da DSM-IV, que é dedicado ao conjunto de critérios e eixos sugeridos para estudos adicionais (APPOLINÁRIO, 1998). Os critérios pela DSM-IV são os seguintes (AAP, 1995):

Quadro 03: Critérios diagnósticos para Transtorno do Comer Compulsivo segundo a DSM-IV (AAP, 1995).

(a)	Episódios recorrentes de ataques de comer. Um episódio de ataque de comer é caracterizado por: (1) Comer num breve período de tempo (ex: num período de duas horas) uma quantidade de comida considerada definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria durante um período de tempo similar e em circunstâncias similares. (2) Uma sensação de falta de controle durante os episódios, isto é, um sentimento de que não pode parar de comer ou controlar o que ou o quanto o indivíduo está comendo.
(b)	Os episódios de ataque de comer estão associados à pelo menos três (3) ou mais dos seguintes itens: (1) Comer mais rápido do que o usual. (2) Comer até sentir inconfortavelmente "cheio". (3) Comer grandes quantidades de comida, sem se sentir com fome. (4) Comer sozinho por se sentir constrangido com a quantidade que está comendo. (5) Sentir-se decepcionado, deprimido, ou sentindo-se culpado após a superingestão.
(c)	O ataque de comer provoca um marcante desconforto.
(d)	Os episódios de ataque de comer ocorrem em média de (2) duas vezes por semana durante seis meses.
(e)	O ataque de comer não está associado com o uso regular e inapropriado de comportamento compensatório (p.ex., do tipo purgativo, jejuns ou exercício excessivo) e não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Os critérios diagnósticos da DSM-IV (AAP, 1995) para “transtorno alimentar sem outra especificação” é uma categoria residual utilizada quando o paciente apresenta um quadro que demanda atenção clínica sem reunir todos os sintomas para um transtorno alimentar específico. São os seguintes:

A categoria Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação serve para transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno Alimentar específico. Exemplos:	
1	Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para a Anorexia Nervosa, exceto que as menstruações são regulares.
2	São satisfeitos todos os critérios para a Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.
3	São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses.
4	Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (por ex., vômito auto-induzido após o consumo de dois biscoitos).
5	Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.
6	Transtorno de compulsão periódica na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característicos de Bulimia Nervosa.

GARNER e FRIEDMAN (1995) afirmam que existem muitos indivíduos que apresentam uma patologia alimentar importante, mas não apresentam um ou

mais dos critérios exigidos para um diagnóstico de Transtorno Alimentar. Além disso, os casos sub-clínicos de Transtorno Alimentar ocorrem em grande quantidade entre as mulheres adolescentes a adultas jovens.

GARNER e FRIEDMAN (1995) relatam ainda que as práticas bulímicas não possuem apenas a função de controle de peso, como apresentado pela CID-10. Para a paciente bulímica os excessos alimentares, vômitos, dietas ou exercício intenso produzem sensações físicas e emocionais fortes e entorpecedoras, que podem ter a função de distrair a paciente de sentimentos desagradáveis tais como medo, raiva, frustração, tristeza, etc. As práticas inadequadas de controle de peso são também práticas inadequadas de controle emocional. GARNER e FRIEDMAN (1995) relatam também que o efeito de ‘dormência’ desses comportamentos purgativos e compulsivos tem sido freqüentemente descritos e tem recebido várias interpretações.

Os transtornos alimentares têm seu início geralmente na adolescência, 85% dos casos de anorexia nervosa tem seu primeiro episódio nos primeiros 5 anos após a menarca (primeira menstruação) (MOSCHETTA & CORDIOLI, 1985). A adolescência e a puberdade marcam em nossa cultura a fase de passagem do mundo infantil para a vida adulta. Esta passagem é um momento difícil para a maioria dos adolescentes, mas em especial para a paciente que virá a desenvolver um transtorno alimentar, pois nela existe uma vulnerabilidade ao ter que enfrentar situações ansiogênicas como: perda de parte do suporte dos pais e do mundo dos adultos, possibilidade de vida sexual ativa, necessidade de uma participação ativa nas interações sociais, mudanças bruscas nas formas corpóreas, necessidade de aceitação social, surgimento de novos sentimentos (desejo sexual, amor romântico, etc.).

Na busca pela adaptação a esta nova condição de existência surge nestas adolescentes uma necessidade de integrar grupos sociais que sejam considerados pela mesma uma forma mais segura de conseguir aceitação e reconhecimento. Na cultura ocidental a magreza e a forma estética são anunciadas como uma fórmula que resolve o problema da aceitação social, o que faz com que estas adolescentes tornem estes ideais sociais como o centro de sua vida. Forma-se uma relação de equivalência entre “ser magra” e “ser alguém” na sua comunidade. Na clínica dos transtornos alimentares é comum escutar frases como “se eu for gorda ninguém vai prestar atenção em mim”, “ser gordo é ser feio e rejeitado”, “todo mundo só gosta de gente magra”, “se eu quiser ser bonita eu tenho que ser magra”, etc. Existem dois mitos que fortalecem a configuração deste problema, o primeiro é que só a mulher magra é bonita, o segundo é que todos nós podemos moldar os nossos corpos ao bel prazer como se fosse argila, sendo a magreza apenas uma questão de força de vontade e desejo.

A cultura ocidental toma a adolescência como um período de desenvolvimento marcado por sentimentos ambivalentes e conflitos emocionais. Para os adolescentes, há uma necessidade de maior aceitação pelos grupos de referência, razão pela qual tendem à busca de uma imagem de si mais próxima daqueles que elegem como modelos, tanto no que toca aos aspectos físicos quanto aos comportamentais; isto vale para homens e mulheres. Entretanto, no caso das mulheres, é perceptível uma maior preocupação com a estética física, com a busca de um ideal de beleza limitado e pela indústria da “corpolatria” (CODO & SENNE, 1985).

Diante do exposto neste trabalho procuramos pesquisar o seguinte problema: como se configura a ocorrência de comportamento alimentar anormal e

das práticas inadequadas para controle de peso entre estudantes adolescentes do sexo feminino, em colégios públicos e particulares do município de Fortaleza?

O objetivo principal desta pesquisa foi caracterizar a ocorrência de comportamentos e práticas alimentares inadequados de controle de peso, que são fatores de risco para o surgimento de um transtorno alimentar, entre estudantes adolescentes do sexo feminino de colégios públicos e particulares, no município de Fortaleza.

Com base nos dados obtidos, procurou-se também:

- Traçar o perfil da população investigada acometida por este problema.
- Levantar dados que fundamentem empiricamente possíveis estratégias para o enfrentamento e prevenção dos transtornos alimentares e das práticas alimentares inadequadas na população em questão.

É importante ressaltar que o objetivo desta pesquisa não foi detectar apenas os casos que apresentam todos os sintomas clínicos de um Transtorno Alimentar, mas saber como se apresentam as práticas que são características de um Transtorno Alimentar ou que estão relacionadas com uma preocupação distorcida com a forma física entre as adolescentes.

1.1 – Transtornos Alimentares na População Feminina

Uma questão polêmica nas pesquisas sobre transtornos alimentares é a sua distribuição entre as mulheres. Os dados obtidos por pesquisas epidemiológicas indicam que a ocorrência deste problema é de baixa prevalência (em média 2% já especificando a população feminina na faixa etária de risco), o que levaria a crer que este assunto não possui impacto na população geral ou demanda por uma maior

atenção, ou que a pesquisa na área seria muito difícil e sem resultados relevantes, em função do número de mulheres acometidas por este transtorno ser muito pequeno. Se prestarmos atenção apenas nos casos que atendem a todos os critérios diagnósticos estabelecidos pela CID-10 ou DSM-IV, então, estas afirmações anteriores estão corretas.

Mas os resultados destas mesmas pesquisas apontaram um dado que várias vezes foi visto como sendo algo secundário por alguns epidemiologistas, e por não ser o alvo principal destes, acabou passando despercebido durante um tempo. A questão é que nos levantamentos realizados pelas pesquisas na área dos transtornos alimentares o que mais chama a atenção do ponto de vista epidemiológico não são, necessariamente, os casos que preenchem todos os critérios para serem classificados como transtornos alimentares, pois esses apresentam taxas de prevalências realmente baixas (em torno de 1% a 3%), mas sim o grande número de mulheres (30% em média) que apresentam práticas alimentares e comportamentos típicos de um transtorno alimentar sem atingir todos os critérios para o diagnóstico definitivo (síndromes parciais ou casos sub-clínicos). NUNES *et al* (2001) relata a existência de estudos indicando que a ocorrência de síndromes parciais é duas vezes maior do que das síndromes completas em populações não-clínicas.

Assim, temos que a ocorrência dos comportamentos alimentares de risco na população feminina é mais comum do que se imagina. Também podemos afirmar que existe um contingente considerável e preocupante de mulheres que estão se comportando de forma semelhante ao quadro clínico de um transtorno alimentar, mas passando despercebidas pelas redes de varredura dos consultórios médicos e pesquisas de prevalência.

As baixas taxas de prevalência dos transtornos alimentares geraram questionamentos entre os pesquisadores e profissionais da área sobre qual o verdadeiro impacto deste problema entre as mulheres, pois os baixos números contradiziam as expectativas. Acreditava-se que a obviedade da pressão exercida pela mídia de consumo que prega a beleza como sendo igual à magreza, e como uma mercadoria que pode e deve ser facilmente adquirida, deveria criar fantasias e necessidades de magreza em uma grande parcela de mulheres para onde este fetiche de consumo é direcionado.

Na verdade, o que temos é um contexto cultural onde o consumo da beleza leva aos comportamentos pertencentes à categoria dos transtornos alimentares, onde, não necessariamente, estão presentes todos os requisitos médicos para a configuração de um quadro clínico estabelecido.

E por que os fatores sócio-culturais não levam todas estas mulheres ao “transtorno completo”? Por que tantas mulheres estão cada vez mais consumindo dietas mágicas, consumindo horas em academias de ginásticas, consumindo produtos dietéticos, consumindo livros sobre o assunto (que rapidamente se tornam *best-sellers*), internando-se em SPA’s mais caros do que hotéis cinco estrelas, pagando pequenas fortunas para reconstruir o corpo com cirurgias plásticas, tomando qualquer medicamento ou fórmula química que prometa a solução mágica para o “efeito colateral da gordura” do ter que comer para ficar saudável? A resposta é que os transtornos alimentares, para ocorrerem em sua forma clássica, requisitam uma predisposição orgânica, um perfil de comportamento particular tanto da paciente como de sua família, um contexto sócio-cultural e uma história de interação entre todos estes fatores para acontecer desta forma (RIBEIRO *et al*, 1998).

Várias pesquisas já apontaram, por exemplo, que é elevada a concordância de transtornos alimentares entre gêmeos monozigóticos (50% para a anorexia nervosa) e em menor grau entre gêmeos dizigóticos (10% para a anorexia nervosa), que a ocorrência de obesidade em pais de bulímicas é maior do que na população em geral, que a ocorrência de anorexia entre irmãs é bastante elevada excedendo as expectativas normais (GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992; CORDÁS, 1993). Isso mostra que os fatores biológicos possuem um peso na constituição do problema, e que tratar os transtornos alimentares como se eles fossem apenas “psicológicos” significa um reducionismo.

Vários trabalhos (CORDÁS, 1993) apontam também para um conjunto de características comportamentais típicas compartilhadas pelas pacientes com transtorno alimentar. Tais como: na bulimia é comum perceber um repertório social extrovertido, boas habilidades sociais associada a uma labilidade emocional (fácil e rápida alteração dos estados emocionais), impulsividade, vida sexual ativa, tendência ao uso abusivo de álcool e episódios freqüentes de ansiedade e depressão (CORDÁS, 1993); nas pacientes anoréticas é comum a introversão, com sentimentos acentuados de insuficiência, rígido perfeccionismo (CORDÁS, 1993), obediência aos pais e autoridades, valorização do sucesso social em detrimento da realização e bem-estar pessoal, nível intelectual e de exigência pessoal elevados. A adolescente pré-anorética em geral é bem ajustada em relação às expectativas dos pais para o seu comportamento, contribuindo para manter as aparências de um bom ajustamento familiar em detrimento do desenvolvimento da sua personalidade (RIBEIRO *et al*, 1998).

O fato de 90% dos casos de transtornos alimentares atingirem mulheres nos leva a considerar também a questão do desenvolvimento dos papéis sexuais em

nossa cultura na constituição deste problema. As crianças, em geral, sejam meninos ou meninas desde cedo começam a emitir comportamentos de acordo com o seu gênero sexual, imitando a diferenciação que observam no mundo dos adultos. Mas para as meninas este processo é um pouco mais complicado, pois ao mesmo tempo em que existe uma pressão social para se comportarem como pessoas inteligentes, produtivas, assertivas, independentes, etc (características estas que também estão presentes no papel de gênero masculino) existe também uma pressão para que sejam passivas, complacentes, dependentes e decorativas (BEHAR, 1992). Na puberdade este conflito de forças (que, geralmente, não ocorre com os meninos) deixa as meninas mais carentes de aceitação e reconhecimento social. Este conflito é visível nas pacientes com um transtorno alimentar, elas ao mesmo tempo em que são submissas, não-assertivas, dependentes emocionalmente e solícitas são também extremamente exigentes com relação ao seu próprio desempenho em todas as áreas, excessivamente autocríticas, consideram o fracasso como algo inaceitável e possuem padrões de conduta muito rígidos; e nesse conflito qualquer sentimento de fracasso ou diminuição de rendimento é motivo para se sentirem feias/gordas e aumentar a restrição alimentar.

1.2 – Epidemiologia dos Transtornos Alimentares

Para demonstrar o quadro exposto até aqui e apontar a relevância epidemiológica do tema, uma revisão da literatura torna-se necessária. É o que se fará a seguir.

Estudos epidemiológicos apresentam relatos de que até 4% da população de estudantes adultas jovens apresentam algum tipo de transtorno alimentar

(KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1997). ABUCHAIM e AZEVEDO (1998) citam um inquérito nacional sobre saúde dos adolescentes nos Estados Unidos (STORY *et al.*)¹ onde foi verificado que 61% das meninas haviam feito dieta, 51% praticaram jejuns, 16% usaram inibidores do apetite e 12% relataram vômitos auto-induzidos em 1990.

Outro estudo realizado nos Estados Unidos, com uma amostra de 854 adolescentes, tendo idades de 12 a 23 anos, que eram acompanhadas em uma clínica ambulatorial militar para adolescentes, encontrou que 67% delas não estavam satisfeitas com o seu peso e, 54% não gostavam da sua forma corporal, sendo que estes dois fenômenos aumentavam à medida que aumentava o peso da adolescente, mas não com a idade. Episódios de comer compulsivo ocorriam em 30,4% da amostra. Práticas nocivas para controle de peso também foram encontradas: 38,2% faziam dietas, 30,2% praticavam o jejum, 8,5% estavam vomitando, 9,5% usavam estimulantes para diminuir o apetite e aumentar a queima calórica do metabolismo, 3,3% usavam laxantes e 6,2% usavam diuréticos; estas práticas também aumentavam com o aumento de peso (MOORE, 1988)

Estes dados mostram que a quantidade de mulheres que apresentam práticas isoladas de um transtorno alimentar sem apresentar todos os sintomas necessários para um diagnóstico formal é muito superior à quantidade de mulheres que apresentam o transtorno propriamente dito. Os quadros parciais de transtornos alimentares chegam a ser cinco vezes mais freqüentes do que os casos que apresentam todos os critérios diagnósticos (APPOLINÁRIO & CLAUDINO, 2000).

As taxas de letalidade para os transtornos alimentares variam entre 4% e 20% (HERZOG *et al.*, 1988; SULLIVAN, 1995; *apud* CLAUDINO, 1996).

¹ STORY, M.; ROSENWINKEL, K.; HIMES, J.H. *et al.* Demographic and risk factors associated

Segundo NUNES e RAMOS (1998) as taxas de letalidade da anorexia nervosa oscilam entre 5% e 20%. A Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica, em seu Programa de Educação Sanitária, afirma que “os Transtornos Alimentares são responsáveis pelos maiores índices de mortalidade entre todos os tipos de transtornos mentais, ocasionando a morte em mais de 10% dos pacientes. Indivíduos com Transtornos Alimentares que usam drogas para induzir o vômito, que usam laxantes ou diuréticos são os mais vulneráveis, pois estes hábitos aumentam o risco de problemas cardíacos” (SBPC, 1993, p. 13). Uma das características da paciente anoréxica é não considerar seu problema como algo que represente uma ameaça para a sua vida e, por isso, são comuns a recusa e resistência ao tratamento (GARNER e FRIEDMAN, 1995), aumentando assim a probabilidade de ocorrer complicações mais sérias, inclusive a morte. Esta negação da seriedade dos sintomas também pode ser aplicada às mulheres em situação sub-clínica².

TAPIA (1996) relata que as taxas de letalidade bruta dos transtornos alimentares se encontram entre 5,9% e 13,9%. Sendo, o risco de letalidade entre as pacientes, de 12 a 17,8 vezes maior do que o esperado para as respectivas faixas etárias.

SULLIVAN³ (apud Tapia, 1996) realizou uma metanálise de 42 estudos sobre as taxas de letalidade para a anorexia nervosa. A taxa encontrada foi de 5,9% e o risco de morrer foi 12 vezes maior do que o esperado para a idade. A taxa de suicídio foi 200 vezes maior do que a taxa da população geral, e o dobro da população de mulheres com alguma outra patologia psiquiátrica.

with chronic dieting in adolescents. *AJDC*, n. 145, p.994-8, 1991.

² Sem apresentar todos os sintomas necessários para classificar o problema em alguma categoria diagnóstica específica.

³SULLIVAN, P. Mortality in Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. N. 152:7. 1995, p. 1073-1074.

Em Porto Alegre (RS) foi realizado um estudo de prevalência com 513 mulheres jovens entre 12 e 29 anos, onde se constatou que o número de mulheres com hábitos alimentares inadequados em função da estética é tão grande na capital gaúcha quanto em países desenvolvidos, como EUA e Inglaterra (NUNES, 1997). O estudo mostra que entre 6,2% e 7,5% das mulheres usam laxantes nos EUA, em Porto Alegre, o índice é de 8,5 %. Os anorexígenos são usados por 3,4% das adolescentes norte-americanas, e por 5,1% das mulheres de Porto Alegre. Na Inglaterra, oito estudos mostram que 2,4% das mulheres recorrem à prática de vômitos auto-induzidos, nos EUA o índice é de 0,5% e em Porto Alegre atinge 1,4% (FOLHA DE SÃO PAULO, set/1997, p. 3; NUNES, 1997).

A frequência dos relatos de anorexia nervosa vem aumentando consideravelmente desde a década de 60 (CULLBERG & ENGSTROM-LINDBERG, 1998), inclusive entre homens e meninas pré-púberes. Estima-se que a prevalência apenas da anorexia nervosa com todos os critérios diagnósticos em meninas adolescentes seja de cerca de 0,5 a 1%; e em mulheres adultas jovens está próxima a 5%, de acordo com estimativas. Em homens a frequência da anorexia nervosa é de 10 a 20 vezes menor. Recentes levantamentos epidemiológicos não indicam uma maior frequência da anorexia nervosa em classes de alto poder aquisitivo, isso é uma mudança em comparação com os levantamentos realizados nas décadas de 60 e 70 onde a anorexia era mais freqüente entre as classes mais altas (CULLBERG, J. & LINDBERG-ENGSTROM, 1998). A anorexia nervosa parece ser mais freqüente em países desenvolvidos (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1997), mas existe controvérsia sobre isto pois vários estudos apontam que a anorexia é tão ou mais freqüente em países de terceiro mundo como o Brasil quanto em países da Europa e América do Norte (CORDÁS, 1993; NUNES, 1997).

Existem descrições bem documentadas da ocorrência de anorexia nervosa antes do início da adolescência em relatos e estudos de caso, mas não existem estudos epidemiológicos para esta parcela da população (GOLDBLOOM & GARFINKEL, 1992).

Na Dinamarca, para o período de 1977 a 1986, JOERGENSEN⁴ (apud Tapia, 1996) relata uma incidência da anorexia de 11/100.000 por ano entre mulheres de 10 a 24 anos; enquanto que entre as adolescentes de 15 a 19 anos este número aumenta para 128/100.000 por ano.

Em Nova York, para o período de 1960-1965, JONES⁵ (apud Tapia, 1996) encontrou uma incidência de 0,55/100.000 por ano, enquanto que para o período de 1970-1976 a incidência foi de 3,26/100.000 por ano. O que aponta mais uma vez para uma tendência de aumento na incidência.

Os dados epidemiológicos para a bulimia nervosa possuem semelhanças aos da anorexia nervosa. Ambos apresentam um predomínio do sexo feminino em 90% dos casos e um acometimento maior em adolescentes e mulheres adultas jovens (ABUCHAIM & AZEVEDO, 1998). A maioria dos estudos sobre a prevalência da bulimia nervosa surgiu a partir da década de 80, pois seus critérios diagnósticos só foram estabelecidos em 1979. Estudos de prevalência da bulimia nervosa realizados nos Estados Unidos indicam que 1% da população considerada de risco (mulheres jovens e adolescentes do sexo feminino) apresenta o diagnóstico de bulimia nervosa (FAIRBURN & BEGLIN⁶; LUCAS⁷ apud Abuchaim & Azevedo, 1998), sendo que

⁴ JOERGENSEN, J. The Epidemiology of Eating Disorders in Fyn County. Denmark, 1977-1986. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:30-34.

⁵ JONES, D.J.; FOX, M.M.; BABIGAN, H.M.; HUTTON, H.E. Epidemiology of Anorexia Nervosa in Monroe County, New York: 1960-1976. *Psychosom Med.* 1980; 42: 259-265.

⁶ FAIRBURN, C.G.; BEGLIN, S.J. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, n. 147, p. 401-408, 1990.

⁷ LUCAS, A.R. The eating disorder "epidemic": more apparent than real? *Pediatric Annals*, v. 21, n. 11, p. 746-751, 1992.

este número pode ser na verdade de 3% ou 4% pelo fato de que os pacientes com transtornos alimentares freqüentemente se recusam a participar das pesquisas. Segundo KAPLAN, SADOCK e GREBB (1997) as estimativas de prevalência de bulimia nervosa nas mulheres jovens variam de 1% a 3%, e os sintomas isolados da bulimia nervosa foram encontrados em até 40% das universitárias americanas.

JOERGENSEN⁴ (apud Tapia, 1996) relata uma incidência de 5,5/100.000 para a bulimia na Dinamarca entre 1977 e 1986 para mulheres de 10 a 24 anos. Quando o grupo focado passa a ser as mulheres de 15 a 19 anos este número aumenta para 68/100.000 por ano.

Em um estudo realizado com pacientes obesos em consultório endocrinológico, no Rio de Janeiro, a fim de rastrear comportamentos bulímicos, foi encontrada uma taxa de 27,7% de BITE (*Bulimic Investigatory Test Edinburgh*⁸) positivo para a bulimia (APPOLINÁRIO *et al.*, 1995). Na Dinamarca um estudo de incidência da bulimia nervosa no período de 1985-1989 encontrou a taxa de 17,6/100.000/ano, que foi três vezes maior do que a taxa do período entre 1970-1980 (PAGSBERG & WANG⁹ *apud* Abuchaim & Azevedo, 1998). A distribuição dos casos de bulimia nervosa, diferente do que acontece na anorexia, apresenta uma heterogeneidade na distribuição pelas classes sócio-econômicas, havendo uma maior prevalência nas classes mais altas (GROSS & ROSEN¹⁰ *apud* Abuchaim & Azevedo, 1998). Entre os homens foi encontrada uma prevalência de bulimia nervosa nos

⁸ Inventário utilizado para levantar sintomas bulímicos, compulsivos e outros

⁹ PAGSBERG, A.K.; WANG, A.R. Epidemiology of anorexia nervosa e bulimia nervosa in Bornholm County, Denmark, 1970-1989. *Acta psychiatrica scandinavica*, n. 90, p. 259-65, 1994.

¹⁰ GROSS, J.; ROSEN, J.C. Bulimia in adolescents: prevalence and psychosocial correlates. *International Journal of Eating Disorders*, n. 1, p. 51-61, 1988.

Estados Unidos de 0,2% (CARLAT & CAMARGO¹¹ *apud* Abuchaim & Azevedo, 1998).

Os estudos epidemiológicos para o transtorno do comer compulsivo (TCC) são muito recentes, até por que os critérios diagnósticos ainda não constituem uma categoria independente e com estudos consolidados. Segundo APPOLINÁRIO (1998), SPITZER (SPITZER, DEVLIN *et al.*¹²; SPITZER, YANOVSKY *et al.*¹³) realizou dois grandes estudos epidemiológicos nos Estados Unidos com o objetivo de investigar a prevalência e várias características clínicas dos pacientes com TCC. O autor fez comparações entre amostras de pacientes que procuravam tratamentos para perder peso e amostras da população em geral. Os dois estudos indicaram que 30% dos pacientes que procuravam tratamento para perder peso preenchiam os critérios diagnósticos do apêndice B da DSM-IV para TCC enquanto que somente 2% da população preenchiam os critérios para o transtorno. Spitzer também identificou uma maior frequência do TCC em mulheres do que em homens numa razão de 3 mulheres para cada 2 homens.

NUNES (1997), em sua dissertação de Mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, realizou a primeira pesquisa de base populacional da América Latina que estudou a prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 29 anos, em Porto Alegre. Com uma amostra de 513 mulheres, o estudo mostrou que 58% não apresentam nenhum problema de comportamento alimentar anormal, 30,2% praticavam comportamento alimentar de risco e 3% apresentaram comportamento

¹¹ CARLAT, D.J.; CAMARGO, C.A. Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, n. 148, p. 831-843, 1991.

¹² SPITZER, R.L.; DEVLIN, M.J.; WALSH, B.T.; HASIN, D.; WING, M.D. *et al.* Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, n. 11, p. 191-203, 1992.x

alimentar anormal. A prevalência de comportamentos alimentares anormais foi medida através dos instrumentos EAT-26 e BITE. O EAT-26 apontou que 16,6% das mulheres apresentam resultados sugestivos de comportamento alimentar anormal. Os resultados do BITE indicaram que, do total de mulheres, 30,4% apresentaram padrão alimentar não usual e presença de práticas inadequadas de controle de peso (BITE \geq 10), enquanto que 3,3% apresentaram padrão alimentar severamente perturbado e presença de comer compulsivo (BITE \geq 20). Utilizando-se da escala de severidade do BITE, encontrou-se que 35 (20,2%) mulheres apresentaram moderada e grave severidade de episódios de comer compulsivo (“binge”) e de comportamentos inadequados como vômitos, uso de diuréticos, anorexígenos, laxantes e jejum.

Tabela 02: Prevalência de Comportamentos Alimentares Anormais através do instrumento BITE, em mulheres da zona urbana de Porto Alegre, RS, 1996. (NUNES, 1997)

BITE		n=513	%
Escala de sintomas			
≤ 9	Normal	340	66,3
10-19	Situação de risco	156	30,4
≥ 20	Configurasse como um transtorno	17	3,3

* Variável inclui as 173 mulheres que apresentam resultado positivo (score ≥ 10) na escala de sintomas.

Tabela 03: Prevalência de práticas inadequadas de controle de peso de acordo com BITE, em mulheres de zona urbana de Porto Alegre, RS, 1996. (NUNES, 1997)

Práticas	N=513	%
Laxantes	43	8,5
Jejum	16	3,1
Diuréticos	14	2,8
Vômito	07	1,4
Exercício físico freqüente	84	16,4
Dieta	40	7,8
Remédio para emagrecer	26	5,1
Deixar de fazer duas refeições principais por dia	13	2,5

¹³ SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S.; WADDEN, T.; WING, R.; MARCUS, M.D.; STUNKARD, A. *et al.* Binge eating disorder: its further validation in a multisite Study. *International Journal of Eating Disorders*, n. 13, p. 137-153, 1993.

Como já descrito pela literatura, os dados de Porto Alegre apontam para um pequeno número de mulheres com todos os critérios diagnósticos para um Transtorno Alimentar (3,3%), mas um número bastante superior de mulheres que apresentam comportamentos característicos de um Transtorno Alimentar (30,4%).

Aqui no Brasil uma das práticas inadequadas de controle de peso mais utilizadas é o uso indiscriminado de anorexígenos do tipo anfetamina (tais como a dietilpropiona, o fenproporex e o mazindol) e de fenfluramina. Segundo NAPPO (1992), estas drogas estão associadas ao abuso, ao tráfico ilícito e a sérios efeitos no Sistema Nervoso Central, incluído a ocorrência de dependência e estados psicóticos de comportamento. Estas substâncias estão entre as três primeiras drogas psicotrópicas mais consumidas por estudantes aqui no Brasil, com propósitos não médicos (CARLINI & cols.¹⁴ *apud* NAPPO, 1992); e a prescrição dessas substâncias pela classe médica brasileira é freqüente no tratamento da obesidade. Em 1988 e 1989 o consumo destas drogas como agentes anoréticos foram de 4,59 e 6,64 DDDs/1.000 habitantes/dia^{15, 16} respectivamente. Estes valores são muitos superiores aos encontrados em outros países como EUA, Inglaterra e Finlândia (NAPPO, 1992). Nappo afirma ainda que o uso exagerado destas drogas parece ser estimulado pelos próprios médicos e que não existe justificativa plausível para o elevado número do consumo (e previamente das prescrições) das drogas tipo-anfetamina no Brasil. Seguindo este raciocínio, também não existe explicação justificável para o aumento de quase três vezes do consumo total pelas indústrias em 1989 em relação a 1988.

No Nordeste, até o presente momento, não existiam estudos com amostras representativas descrevendo a ocorrência destas práticas inadequadas de

¹⁴ CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B.; NAPPO, S. Ilicit Use of Psychotropic Drugs in Brazilian Cities: 1987-1989. *In: CEWG Proceedings of Epidemiologic Trends in Drug Abuse*, pp. 114-1115. DHHS Publication n° (ADM) 90-1.724, 1990.

¹⁵ DDD = Doses diárias definidas.

controle de peso, ou mesmo dos Transtornos Alimentares. A carência econômica de grande parte da população e a forma como o nordestino se relaciona culturalmente com a comida e com o peso são fatores que podem diferenciar a maneira como os Transtornos Alimentares ocorrem nas adolescentes.

¹⁶ Estes valores consideram a totalidade da população brasileira.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 - Desenho

Empregou-se nesta pesquisa um estudo transversal, sendo seus demais elementos descritos a seguir.

2.2 - População e amostragem

A população estudada é uma parte da descrita por estudos anteriores como sendo a de maior risco de surgimento dos transtornos alimentares, que são as adolescentes (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997; NUNES, 1997; NUNES & RAMOS, 1998; ABUCHAIM & AZEVEDO, 1998). A população considerada foi composta por mulheres na faixa etária dos 14 aos 20 anos de idade, estudantes de escolas com o 2º grau, públicas (estaduais e municipais) e particulares, cursando o segundo ano do segundo grau, localizadas no município de Fortaleza.

Para escolher a população e determinar o tamanho da amostra foi feito um levantamento junto à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (responsável pela educação a nível municipal), à Secretaria de Educação do Estado do Ceará e ao Ministério da Educação e Cultura (MEC).

A estratificação levou em consideração a situação sócio-cultural entre os dois tipos de instituições escolares (públicas e privadas). Estas categorias de estratificação também são utilizadas pelo MEC.

Foi realizada uma estratificação em três níveis para as escolas particulares, de acordo com o valor da mensalidade cobrado em agosto de 2001.

A estratificação das escolas públicas com base em critérios econômicos como mensalidade ou rendimento dos pais não pôde ser realizada pelo fato destes dados não existirem; também não foi considerado necessário uma estratificação por zona geográfica.

Tabela 04: Número de escolas e alunas no município de Fortaleza, do 2º ano do segundo grau em 1999.

DEPENDÊNCIA	Nº ESCOLAS	ALUNAS 2º ANO
Estadual	79	12.999
Federal	02	167
Municipal	1	321
Particular	124	7.363
TOTAL	206	20.850

Fonte: MEC/INEP/SEEC – Censo escolar de 1999

Para realizar o cálculo do tamanho da amostra foi estimado um percentual de 33% de comportamentos alimentares anormais ou práticas inadequadas de controle de peso entre as alunas (baseando-se no estudo realizado por NUNES em Porto Alegre), com um nível de confiança de 5% e erro amostral de 3,9%, acrescentando mais 15% ao valor encontrado para compensar possíveis perdas, para tanto foi adotado o valor amostral mínimo de 633 adolescentes:

Tabela 05: Cálculo preliminar da amostra, com base no número de alunas do município de Fortaleza-CE, da 2ª série do segundo grau em 1999.

DEPENDÊNCIA	ALUNAS	%	AMOSTRA
Pública	13.320	64 %	405
Particular	7.363	35 %	221
Federal	167	1 %	7
TOTAL	20.850	100 %	633

Durante o cálculo da amostra as instituições federais foram consideradas como um estrato separado dos estratos de colégios público e privado. Existem apenas duas instituições de ensino federal de segundo grau no município, e o ingresso dos alunos nestas instituições é realizado através de processo seletivo, o que compromete a homogeneidade quanto ao nível sócio-econômico dos alunos. Durante a realização da coleta dos dados encontramos uma dificuldade com as escolas federais, a primeira estava em greve dos professores e por isso não tínhamos como ter acesso aos alunos, na segunda escola federal a diretoria vetou a possibilidade de realização da coleta de dados nesta instituição. Por isso não foi possível aplicar a pesquisa nas instituições federais, ficamos apenas com os colégios públicos (estaduais e o municipal) e os particulares. A impossibilidade de acesso aos colégios federais não comprometeu o tamanho da amostra, pois o espaço deixado por estes dois colégios federais na amostra foi preenchido pelas alunas das outras escolas.

Quando o número de alunas da amostragem foi definido por estrato, realizou-se o sorteio das escolas públicas e particulares. A princípio foi sorteada uma escola de cada estrato; caso esta escola não tivesse o número de alunas suficiente para compor a amostra especificada do estrato, ou a escola recusasse a permissão para aplicação do instrumento, foi sorteada mais uma escola, e assim foi feito, sucessivamente, até ser atingido o mínimo exigido de alunas por cada estrato.

Durante o sorteio das escolas, adotou-se como critério de exclusão, não aceitar duas escolas do mesmo estrato no mesmo bairro. Ao final, foram coletados dados de 14 escolas, sendo 4 particulares e 10 públicas.

A coleta dos dados aconteceu no período de Maio a Outubro de 2001. Contou com a participação de três entrevistadores alunos da Faculdade de Medicina da UFC para a realização desta nas instituições. Funcionários das próprias instituições de ensino também participaram em conjunto com os entrevistadores. O controle de qualidade foi feito pelo primeiro autor que entrou em contato com todas as escolas para verificar o modo como os dados foram colhidos em sala de aula, sendo também responsável pela checagem de cada um dos instrumentos preenchidos.

Tanto a altura quanto o peso das adolescentes não foram aferidos com instrumentos durante a coleta de dados nos colégios. Isso aconteceu porque o levantamento destes dados com instrumentos (balanças, fitas métricas, etc) iria tornar esta coleta muito mais demorada, o que provavelmente inviabilizaria a permissão dos colégios para a realização desta pesquisa em suas dependências. Portanto, **todas os dados sobre altura, pesos e, conseqüentemente, IMC são baseados apenas nos relatos escritos das adolescentes.** Como a altura é um parâmetro que possui uma variabilidade menor do que o peso corporal, acreditamos que as diferenças entre a altura real e a relatada não sejam significativas. O peso, ao contrário, possui variações que podem acontecer em um curto período de tempo dependendo dos hábitos alimentares, estilo de vida e características biológicas, sendo já esperado diferenças entre o relatado e o real. Segundo CHOR, COUTINHO e LAURENTI (1999), ao pesquisarem a confiabilidade do relato do peso em funcionários de um banco do estado do Rio de Janeiro, as mulheres tendem a subestimar o peso, mas essa subestimação não foi grande o suficiente para ser significativa, e portanto para

aquela população o auto-relato do peso pode fornecer informação confiável para os estudos epidemiológicos.

No caso do estudo de transtornos alimentares não acreditamos que seja possível considerar o peso relatado como sendo equivalente ao peso real devido às próprias características do transtorno em questão. A alteração de imagem corporal é o principal fenômeno que poderia provocar uma divergência entre peso real e relatado; NUNES *et al* (2001) afirma que adolescentes com alterações de imagem corporal e/ou anorexia nervosa tendem a superestimar o peso ao serem questionadas.

Diversos são os eventos que podem aumentar a discrepância entre o peso relatado e o real. Por isso durante a análise dos resultados referentes a peso e IMC tratamos essas variáveis como sendo de natureza subjetiva, e não como os verdadeiros valores destas características físicas.

2.3 – Instrumento de coleta dos dados

O instrumento para a coleta dos dados foi montado utilizando-se três inventários e um questionário com perguntas para a caracterização do sujeito entrevistado. Na capa foi colocada uma apresentação da pesquisa e o pedido de autorização de uso dos dados do sujeito para a pesquisa. Os inventários foram os seguintes:

- *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE). (HENDERSON & FREEMAN¹⁷ *apud* CORDÁS, 1995) – este inventário foi utilizado para levantar práticas inadequadas de controle de peso, comportamentos compulsivos ou restritivos e comportamento alimentar inadequado e sua gravidade, em versão para o

¹⁷ HENDERSON, M.; FREEMAN, C.P.L. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*. V. 50, p.18-24, 1987.

português (CORDÁS & HOCHGRAF¹⁸ *apud* CORDÁS, 1995). Além disso o BITE permite verificar a relação de algumas variáveis emocionais e psicológicas com a ocorrência dos sintomas. As questões do BITE são divididas em duas partes, a primeira, com 12 questões gerais, serve para introduzir e já levantar algumas questões sobre o tema, a segunda parte com 33 questões fornece os dados para a avaliação das duas escalas (CONTI *et al*, 1995). A avaliação final dos resultados do BITE permite que seja obtida uma avaliação da situação de risco para o desenvolvimento de algum dos tipos de transtorno alimentar. O BITE apresenta como resultados finais duas escalas. A primeira é a escala de sintomas que apresenta três resultados possíveis. Como primeiro resultado está a situação chamada pela literatura de “ausência de risco” (escore < 10) para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Como segundo resultado encontra-se a “situação de risco” (escore \geq 10 e menor que 20) para o desenvolvimento de transtornos alimentares, que sugere um padrão alimentar não usual sem constarem todos os critérios para um transtorno alimentar. Como terceiro resultado encontra-se a “situação de transtorno alimentar” (escores de 20 até o máximo de 30), onde com certeza pode-se afirmar a presença de comportamento alimentar compulsivo e uma grande possibilidade de bulimia, mas mesmo que uma adolescente se enquadre nesta categoria é preciso uma entrevista clínica para que o diagnóstico final seja estabelecido. A escala de gravidade é utilizada para os casos onde existir dúvida ou avaliação de um diagnóstico já estabelecido, esta apresenta três possibilidades de resultados: gravidade leve (menos de 5 pontos), gravidade moderada (de 5 a 9 pontos) e gravidade severa (a partir de 10 pontos).

¹⁸ CORDÁS, T.A.; HOCHGRAF, P.B. O BITE: Instrumento para avaliação da bulimia nervosa. Versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V. 42, p.141-4, 1993.

- *Body Shape Questionnaire* (COOPER¹⁹ *et al* apud Cordas, 1995; CORDAS e CASTILHO, 1994) - inventário utilizado para avaliar o grau de insatisfação com a forma corporal real e/ou imaginária em sua versão para o português. Este instrumento mede as preocupações com a forma do corpo, autodepreciação e a sensação de estar “gorda” (CORDÁS e NEVES, 1999).

As categorias de análise deste inventário foram determinados a partir da distribuição dos escores obtidos em um levantamento realizado com uma amostra da população geral inglesa (n=535) (CORDAS e CASTILHO, 1994), e são as seguintes:

1. Nenhuma – somatória dos pontos menor ou igual a 80. Corresponde a média de pontos da população amostral estudada. Indica nenhuma preocupação com a imagem corporal.
2. Leve – somatória dos pontos resultando de 81 a 110. Considera-se como uma leve preocupação com a imagem corporal. Esta faixa foi obtida com a soma de um desvio-padrão a acima da média.
3. Moderada – somatória de pontos de 111 a 140. Moderada preocupação com a imagem corporal. Esta faixa se localiza entre a média de pontos da população amostral mais um desvio-padrão e a média de pontos da população amostral mais dois desvios-padrão.
4. Grave – a soma dos pontos resulta em um valor igual ou superior a 140, entendendo-se isso como sendo uma grave preocupação com a imagem corporal. Esta faixa é constituída pelos valores que se localizam acima da média mais dois desvios-padrão.

Apesar de não existir até o momento uma escala para a avaliação dos resultados construída com base na população brasileira, este inventário é considerado um

¹⁹ COOPER, P.J. *et al*. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International

instrumento de avaliação muito prático e eficaz (CORDAS e CASTILHO, 1994), sendo utilizado na maioria das instituições brasileiras de tratamento dos transtornos alimentares como principal inventário para detecção de alteração de imagem corporal.

- *Eating Attitudes Test - (EAT-26)* - inventário que foi utilizado para levantamento de padrões alimentares anormais (GARNER & GARFINKEL, 1979; NUNES *et al*, 1994). Este é um instrumento de auto-aplicação com 26 questões, avaliados em escala “Likert” com seis opções gradativas de resposta, que variam de “nunca” a “sempre”. As questões foram construídas tendo como objetivo refletir a variedade de atitudes e comportamentos apontados pela literatura como sendo típicos de casos de anorexia nervosa.

A validação da primeira versão do EAT, que continha 40 itens, foi realizada com 2 grupos de mulheres com anorexia nervosa (n = 32 e 33) e dois grupos de mulheres sem histórico de doenças psiquiátricas para controle (n = 34 e 59) (GARNER & GARFINKEL, 1979) no Canadá. Os procedimentos de validação indicaram que o poder de predição do teste é consistente entre os grupos de pacientes e controles. Comparações posteriores com outros grupos mostraram que os resultados das anoréticas diferiam dos resultados das mulheres obesas e dos homens com peso normal, isso indica que os resultados positivos do EAT se relacionam significativamente com a população de anoréticas. Segundo os autores os resultados da validação do EAT também se mostraram sensíveis à remissão clínica ao apontar pacientes que haviam apresentado remissão dos sintomas de anorexia nervosa como dentro da faixa “normal”, mas vale a pena ressaltar que esta parte do estudo contou com um grupo muito pequeno, de apenas nove pacientes.

A versão reduzida do EAT com 26 itens foi construída a partir da análise fatorial do EAT-40, em um estudo que envolveu uma amostra de 160 mulheres com anorexia nervosa (que eram atendidas no Clarke Institute of Psychiatry) e um grupo controle de 140 mulheres (estudantes universitárias) (GARNER, OLMSTED, BOHR & GARFINKEL, 1982). O EAT-26 se mostrou altamente relacionado com o EAT-40 ($r=0.98$).

A pontuação do EAT-26 é realizada aplicando-se 3 escores para cada item onde a adolescente marque a resposta anoréxica mais extrema (“sempre” ou “nunca” dependendo do caso), 2 escores para a segunda mais extrema e 1 escore para a terceira mais extrema; as demais respostas não são pontuadas. Por exemplo se a adolescente afirma que “sempre” vomita depois de comer então o item recebe 3 escores, se é “muito freqüentemente” vale 2 escores e se é “freqüentemente” então é 1 escore. Caso o total de escores encontrado seja maior ou igual a 21 então se confirma a presença de atitudes alimentares patológicas e risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares, este escore é chamado de EAT positivo (EAT-26+). Os autores da pesquisa que desenvolveram o EAT-26 (GARNER, OLMSTED, BOHR & GARFINKEL, 1982) utilizaram um “cut-off” de 20 escores, mas preferimos utilizar o “cut-off” de 21 pontos semelhante ao estudo realizado por NUNES (1994) em Porto Alegre.

O EAT revela a gravidade de preocupações típicas de pacientes com Transtorno Alimentar, em especial a anorexia nervosa, como por exemplo, a intenção de emagrecer e o medo de engordar; apesar disso seu valor preditivo é considerado baixo, estudos populacionais indicaram que entre 100 pontuadores altos (EAT-26+) apenas 19 eram casos clínicos de anorexia nervosa

(WILLIAMSON²⁰ *apud* CORDÁS & NEVES, 1999). Sua avaliação envolve três categorias de análise:

1. DIETA – são os 13 primeiros itens, identifica recusa patológica a comidas de alto teor calórico e preocupações com a forma física;
2. BULIMIA e PREOCUPAÇÃO COM A COMIDA – são os seis itens seguintes, identificam comportamentos do tipo bulímico e estão relacionados com um prognóstico ruim;
3. CONTROLE ORAL – são os últimos sete itens, identificam o autocontrole com relação à alimentação e o reconhecimento de fatores sociais nos padrões de alimentação.

Estes três inventários são de auto-aplicação e permitem a aplicação em grupo ou individual, sendo apenas necessária a presença do pesquisador para dar as instruções ou tirar eventuais dúvidas. Segundo CORDÁS e NEVES (1999) os inventários de auto-aplicação para transtornos alimentares não substituem uma entrevista clínica para uma finalidade diagnóstica, mas são eficazes para a seleção da presença ou gravidade dos sintomas. Os inventários de auto-aplicação também possuem potenciais limitações (GARNER & GARFINKEL, 1979), pois eles se sustentam na crença de que o entrevistado irá descrever de forma precisa os seus sintomas. Para as mulheres que se enquadram em um Transtorno Alimentar isso pode ser um problema, pois a literatura já descreve que estas mulheres tendem a negar ou desconsiderar a gravidade dos seus comportamentos restritivos e alimentares.

²⁰ Williamson, D.A. - *Assesment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa. Pergamon Press, New York, 29-79, 1990.*

2.4 – Hipóteses

Com a análise dos dados pretende-se verificar os seguintes questionamentos:

- Os aspectos sócio-econômicos são um fator de risco significativo para o surgimento de práticas de risco.
- A prevalência de comportamentos alimentares compulsivos supera a prevalência de práticas restritivas.
- A alteração de imagem corporal e a preocupação exagerada com a forma física se relacionam significativamente com a presença de práticas inadequadas de controle de peso.
- A prevalência de práticas inadequadas de controle de peso entre as alunas que relatam IMC normal é semelhante a das alunas que relatam um IMC indicando sobrepeso.

2.5 - Processamento e Análise dos Dados

Após serem coletados, os dados foram armazenados em *softwares* próprios para o processamento e análise epidemiológica dos mesmos (EPI INFO 6.02c, STATA 6.0 e EXCEL 2000). Sendo em seguida realizados os procedimentos estatísticos necessários para os testes das hipóteses e descrição da amostra.

Para o teste de hipóteses com variáveis nominais foram utilizados o Teste Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher. Quando necessário, utilizou-se ainda o Índice de correlação de Spearman e o teste de Wilcoxon. As variáveis associadas aos transtornos alimentares na análise bivariada (nível de significância

menor que 15%) foram introduzidas num modelo de regressão logística para acessar seu efeito independente, permanecendo no modelo final aquelas com nível de significância menor que 5%.

3. RESULTADOS

3.1 - Caracterização da Amostra

Foram entrevistadas 652 alunas, destas 63,6% (415) estudavam em colégios públicos enquanto que 36,3% (237) estudavam em colégios particulares. Cerca de 96,6% da amostra mora em Fortaleza há mais de 1 ano, enquanto que 3,4% reside a 1 ano ou menos em Fortaleza²¹.

O estrato das alunas de colégio particular foi previamente dividido em três níveis socioeconômicos tendo como critério o valor da mensalidade cobrado em agosto de 2001 pelas escolas. O estrato nível A (mensalidades maiores que R\$ 233,04) teve 33,3% de participação no estrato de colégios particulares. O nível B (mensalidades entre R\$ 131,67 e R\$ 233,04) teve 38,8%. O nível C (mensalidades menores do que R\$ 131,67 sendo o mínimo de R\$ 30,00) teve 27,8% de participação no estrato de colégios particulares.

A idade das alunas teve média de 16,7 anos de idade e desvio padrão de 1,05 anos, a idade mínima foi 14 anos e a máxima de 20 anos. Para os colégios

²¹ Alguns valores de “n” a serem descritos podem ser menores do que o tamanho total da amostra (652) em virtude de algumas participantes da pesquisa não responderem a todas as perguntas.

particulares a idade média foi de 16,3 anos com desvio padrão de 0,8 anos. Para os colégios particulares a idade média foi de 16,9 anos com desvio padrão de 1,1 anos.

Tabela 06: Características sócio-demográficas das estudantes participantes da amostra. Fortaleza – CE 2001.

RELIGIÃO (n=648 / p=0,019)*	n	%
Católica	501	77,3
Evangélica/Protestante	83	12,8
Não tenho	40	6,2
Espírita	06	0,9
Afro-brasileira/Judaica	02	0,3
Outra	16	2,5
ESTADO CIVIL DAS ALUNAS (n=647 / p=0,665)*		
Solteira	622	96,1
Casada – Amigada	18	2,8
Outro	7	1,1
ESTADO CIVIL DOS PAIS (n=643 / p=0,317)*		
Casados – Amigados	443	68,9
Separados – Divorciados	124	19,3
Viúvo (a)	37	5,8
Solteiros	34	5,3
Outro	5	0,8
ESCOLARIDADE DA MÃE (n=642 / p=0,112)*		
Sem Educação Formal / 1º Grau incompleto	242	36,9
1º Grau completo / 2º Grau incompleto	122	19
2º Grau completo	116	18,1
Superior incompleto / Superior completo	125	19,5
Não sabe	42	6,5
ESCOLARIDADE DO PAI (n=637 p=0,544)*		
Sem educação formal / 1º grau incompleto	204	32
1º grau completo / 2º grau incompleto	110	17,2
2º grau completo	128	20,1
Superior incompleto / Superior completo	109	17,2
Não sabe	86	13,5
ESCOLA (n=652 / p=0,002)*		
Público	415	63,6
Particular	237	36,4
COLÉGIOS PARTICULARES (n=237 / p=0,953)*		
Nível A	79	33,4
Nível B	92	38,8
Nível C	66	27,8
TRABALHA (n=651 / p=0,474)*		
Não	557	85,5
Sim	94	14,5

* regressão logística para risco significativo de transtornos alimentares.

3.2 – Dados Antropométricos (altura, peso e IMC)

A altura relatada média foi 1,60 m, variando de 1,0 m a 1,85 m e desvio padrão de 7,9 cm (n=618). O peso relatado delas teve uma amplitude de 36 kg a 95 kg, com média de 52,7 kg e desvio padrão de 7,98 kg (n=601).

Tabela 07: Índice de Massa Corpórea de adolescentes estudantes secundaristas do sexo feminino segundo o relato escrito de peso e altura no município de Fortaleza, CE, 2001. (p>0,05)

IMC Calculado	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Abaixo do normal	189	49,2	106	46,1	295	48
Normal	177	46,1	109	47,4	286	46,6
Sobrepeso	15	3,9	11	4,8	26	4,2
Obesidade	3	0,8	4	1,7	7	1,2
TOTAL	384	100	230	100	614	100

O IMC calculado com base nos relatos escritos das alunas variou de 13,4 kg/m² (“abaixo do normal”) a 57 kg/m² (“obesidade”), com média de 20,48 kg/m² (“normal”) e desvio padrão de 3,34 kg/m². Quase a metade delas apresentou um IMC calculado abaixo do normal (48,05%), 46,58% delas apresentaram-se dentro da faixa de normalidade, 4,23% apresentaram sobrepeso e 1,14% apresentaram-se obesas.

Não houve diferença significativa quanto ao IMC calculado entre colégios públicos e particulares (p=0,598 / Fisher). Também não foi encontrada diferença significativa quanto a este IMC entre os três estratos de colégios particulares (p=0,264 / Fisher).

As adolescentes foram questionadas sobre qual peso elas considerariam ideal para si próprias. Este dado permitiu calcular qual IMC elas tinham como meta a ser alcançada ou mantida independente de qual fosse o seu peso corpóreo real. Este IMC “desejado” teve média de 20,1 kg/m², amplitude de 12,8 kg/m² a 56 kg/m² e desvio padrão de 2,7 kg/m². Metade das adolescentes (50,5%) indicou a faixa de IMC “abaixo do normal” como sendo a sua ideal, 47,8% indicou a faixa “normal”, 1% apontou a faixa “sobrepeso” e 0,7% relatou a faixa “obesidade” como sendo a de sua escolha.

Tabela 08: Índice de Massa Corpórea que as adolescentes estudantes secundaristas do sexo feminino relataram como sendo o ideal delas a ser alcançado ou mantido no município de Fortaleza, 2001. (p=0,9 / Fisher)

IMC Ideal	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Abaixo do normal	180	50,2	115	50,9	295	50,5
Normal	172	48	107	47,3	279	47,8
Sobrepeso	3	0,8	3	1,4	6	1
Obesidade	3	0,8	1	0,4	4	0,7
TOTAL	358	100	226	100	584	100

Utilizando o teste Wilcoxon, comparamos as diferenças entre o IMC calculado e o IMC ideal, calculados com base nos pesos referidos e desejados. Encontramos uma diferença estatisticamente significativa entre os dois (p<0,00), sendo os resultados de IMC calculado maiores do que os do IMC ideal em 44,5% dos casos, o que significa que estas adolescentes gostariam de ter um IMC menor do que aquele que elas afirmam ter. Se fizermos a mesma comparação entre os resultados dos IMC's calculados e os IMC's ideais somente à parcela da amostra que não apresenta alteração de imagem corporal (BSQ≤80) encontraremos uma situação

inversa à esperada pois, utilizando o mesmo teste, o IMC calculado foi superior ao ideal em 45,2% dos casos ($p=0,02$), ou seja, 45,2% das adolescentes que não apresentam alteração de imagem corporal querem ter um peso maior do que o que elas acreditam ter. Entre as que apresentam alteração de imagem corporal ($BSQ>80$) 72,8% gostariam de ter menos massa corpórea do que o que acreditam ter ($p<0,00$ / chi).

Dentre as adolescentes que relataram um IMC calculado “normal” ($n=267$) encontramos que 24,3% delas gostariam de ter um IMC “abaixo do normal” contra 0,7% que gostaria de ter sobrepeso ($p<0,00$ / Fisher). Das que relataram um IMC calculado “abaixo do normal” apenas 19,4% ($n=283$) gostaria de alcançar um IMC “normal” ($p<0,00$ / Fisher). Estes resultados apontam para uma tendência das adolescentes a querer (ficar com) ou alcançar um peso abaixo do recomendado.

Este fenômeno se repete mesmo com o estrato de garotas que não se encontra em situação de risco ($BITE<11$), onde dentre as adolescentes que relatam um IMC calculado “normal” ($n=198$) encontramos que 22,2% delas gostariam de ter um IMC “abaixo do normal” contra 0,5% que gostaria de ter sobrepeso ($p<0,00$ / Fisher). Da mesma forma, daquelas que relataram um IMC calculado “abaixo do normal” apenas 20,2% gostaria de alcançar um IMC “normal” ($p<0,00$ / Fisher). O fato de quase um quarto das adolescentes, que relataram um IMC calculado normal, quererem apresentar um peso abaixo do normal atinge tanto as que se encontram em situação de risco, por apresentarem práticas inadequadas para controle de peso e comportamentos alimentares anormais, quanto as que se encontram fora desta situação risco. Temos como hipótese explicativa para estes dados que querer ter um peso abaixo do normal é algo disseminado em uma proporção de quase 25% em toda

a população de adolescentes do sexo feminino que se considera dentro da faixa de normalidade de peso.

A distribuição de frequência entre as faixas de IMC ideal não se diferenciou quanto ao fato das alunas estudarem em colégios públicos ou particulares ($p=0,9$ / Fisher). Também não houve diferença entre os 3 estratos de colégios particulares ($p=0,556$ / Fisher).

3.3 – Inventário BITE

O principal resultado do BITE é a sua escala de sintomas. Através dela encontramos que 73,6% da amostra se encontra fora de uma situação de risco, ou seja, não praticam hábitos inadequados para controle de peso ou apresentam comportamento alimentar anormal em quantidade suficiente para se caracterizar um risco. Encontramos também que 25,1% delas estão em situação de risco, ou seja, apresentam um padrão alimentar não-usual e utilizam-se de práticas danosas para o controle de peso, mas não preenchem todos os critérios para um transtorno alimentar. Em 1,3% da amostra foram encontrados indícios suficientes para indicar uma grande possibilidade de estar ocorrendo um transtorno alimentar.

Tabela 09: Escala de Sintomas do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) aplicado em uma amostra de estudantes adolescentes do sexo feminino do segundo ano do segundo grau em colégios públicos e particulares do município de Fortaleza, 2001. ($p < 0,05$ / Fisher)

IMC Calculado	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Ausência de Risco	322	77,6	158	66,6	480	73,6
Situação de Risco	90	21,7	74	31,2	164	25,2
Grande Possibilidade de TA	3	0,7	5	2,1	8	1,2
TOTAL	415	100	237	100	652	100

A partir destes dados podemos afirmar que 26,4% das adolescentes apresentam práticas alimentares de risco em quantidades significativas.

A segunda e última escala do BITE é a Escala de Gravidade . Nesta escala encontramos que 91,1% não apresenta sinal de gravidade, 8% apresenta gravidade significativa e 0,9% indicou uma gravidade intensa nos sintomas.

Tabela 10: Escala de gravidade do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) aplicado em uma amostra de estudantes adolescentes do sexo feminino do segundo ano do segundo grau em colégios públicos e particulares do município de Fortaleza, 2001 (n=652).

BITE Escala de Gravidade	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Não há sinal de gravidade	382	92,1	212	89,5	594	91,1
Gravidade significativa	28	6,7	24	10,1	52	8
Gravidade intensa	5	1,2	1	0,4	6	0,9
TOTAL	415	100	237	100	652	100

Com relação à escala de sintomas encontramos que a proporção de adolescentes que se encontra na faixa de “grande possibilidade de um TA” (aumenta

no que aumenta também) tem um aumento diretamente proporcional à faixa do IMC calculado ($p < 0,001$ / Fisher).

Dentre aquelas que se encontram fora de risco, encontramos que a maioria (67,08%) estuda em colégios públicos, mas entre àquelas que se encontram com uma grande possibilidade de apresentar um transtorno alimentar, a maioria (62,5%) estuda em colégios particulares ($p = 0,004$ / Fisher).

A proporção de adolescentes que apresentam práticas de risco foi significativamente superior nas escolas particulares (33,3% contra 22,4% / $p = 0,002$ / chi).

Tabela 11: Distribuição de freqüência das alunas dos colégios públicos e particulares em função de apresentarem ou não práticas de risco para Transtornos Alimentares, Fortaleza, CE, 2001 ($p = 0,002$ / chi).

Variável	Público	Particular
Não apresenta práticas alimentares de risco	77,59% (322)	66,67% (158)
Apresenta práticas de risco	22,41% (93)	33,33% (79)
TOTAL	100% (415)	100% (237)

Não houve diferença de proporção entre os 3 estratos de colégios particulares tanto na escala de sintomas ($p = 0,804$ / Fisher) quanto na escala de gravidade ($p = 0,511$ / Fisher).

Não foi encontrada relação entre o tipo do colégio onde as adolescentes estudam e a escala de gravidade do BITE ($p = 0,217$ / Fisher).

No modelo de regressão logística, não ter uma religião e estudar em colégio particular se apresentaram como condições que aumentaram o risco para a presença de práticas e comportamentos alimentares anormais (Tabela 12).

Encontramos relação entre a escala de sintomas e a variável religião ($p=0,029$ / Fisher). A proporção de adolescentes que apresentam práticas de risco foi maior no grupo daquelas que não tem religião, 42,5% ($n=40$) destas apresentam práticas de risco enquanto que entre as que têm religião este número é de 25,33% ($n=608$) ($p=0,017$ / chi). A religião da adolescente não está relacionada com a escala de gravidade ($p=0,687$ / Fisher).

Tabela 12: Modelo de regressão logística para o risco de ocorrer práticas e comportamentos alimentares anormais em estudantes de 14 a 20 anos, do município de Fortaleza-CE, 2001.

	Odds Ratio Bruto	Odds Ratio Ajustado*
Não ter religião	2,17	2,16 [IC 95% 1,11 – 4,17]
Estudar em colégio particular	1,73	1,72 [IC 95% 1,20 – 2,47]

* Ajustado para as variáveis do modelo

Não foi encontrada correlação entre a idade das adolescentes e o resultado da escala de sintomas do BITE ($p=0,2992$ / spearman) ou entre a escala de gravidade ($p=0,1745$ / spearman).

A altura das adolescentes não está correlacionada com a escala de sintomas ($p=0,2712$ / spearman) ou com a escala de gravidade ($p=0,7240$ / spearman).

O peso relatado se mostrou correlacionado com a escala de sintomas (Spearman's rho = 0,2494 / $p<0,001$) e com a escala de gravidade (Spearman's rho =

0,1472 / $p=0,0003$), mas estes índices de correlação são muito pequenos, apesar de significativos para se formular alguma conclusão.

O estado civil das adolescentes ($p=0,704$ / Fisher) ou o de seus pais ($p=0,3$ / Fisher) não está relacionado com a escala de sintomas, ou com a escala de gravidade ($p=1$ e $p=0,257$ respectivamente / Fisher). A relação entre o estado civil das adolescentes e o fato de apresentarem ou não práticas de risco também não foi significativo ($p=0,649$ / Fisher). O mesmo ocorreu com o estado civil dos pais ($p=0,092$ / Fisher).

A escolaridade da mãe ($p=0,333$) e do pai ($p=0,538$) não está relacionada com a escala de sintomas ou com a escala de gravidade ($p=0,461$ e $p=0,07$ respectivamente / chi).

O fato de a adolescente trabalhar ou não também não está relacionado com a escala de sintomas ($p=0,643$ / Fisher) ou com a escala de gravidade ($p=0,326$ / Fisher). Não encontramos relação entre a presença de práticas de risco e o fato do sujeito trabalhar ($p=0,473$ / chi).

Ao serem questionadas sobre como se avaliam quanto ao peso atual, a maioria das adolescentes (65,6%) declarou que se sente com um peso “médio”, 16,4% declarou se sentir “abaixo do peso”, 13,6% se sente “gorda”, 2,5% afirmou se sentir “muito abaixo do peso” e 1,9% relatou se sentir “muito gorda”. Um dado interessante foi que 14 (4,8%) adolescentes que apresentaram um IMC calculado considerado “abaixo do normal” ($IMC < 20$) consideraram-se como sendo “gordas” ou “muito gordas”. Entre as adolescentes que relataram um IMC calculado “normal” este fenômeno foi maior, 66 (23,1%) consideraram-se como sendo “gordas” ou “muito gordas”. Nestes dois casos, há grande possibilidade de que estas adolescentes apresentem alteração de imagem corporal. Verificamos também que a proporção de

adolescentes que apresentam práticas alimentares de risco aumenta ao passo em que aumenta a faixa de como elas se sentem com relação ao peso, ou seja, a proporção de adolescentes apresentando práticas de risco foi maior entre os grupos das que relataram se sentir “gordas” ou “muito gordas” ($p < 0,001$ / Fisher).

Ao verificarmos a relação entre como elas se sentem com relação ao peso e o resultado do inventário que avalia alteração de imagem corporal encontramos que a proporção de adolescentes que não apresentam alteração de imagem corporal diminui à medida que a escala de como elas sentem aumenta de “muito abaixo do peso” para “muito gordas” ($p < 0,001$ / Fisher).

Como um dos indicadores de restrição alimentar é a alteração na menstruação, foi questionado se as adolescentes apresentavam períodos menstruais regulares. A maioria (55,9%) afirmou que sim, 44% afirmaram que não e 0,1% relataram nunca ter menstruado.

A rotina das refeições foi levantada com a finalidade de avaliar práticas restritivas ou compulsivas. O esperado é que se faça no mínimo as três refeições principais do dia que são o café da manhã, o almoço e o jantar; um ou dois lanches por dia sem nenhuma obrigatoriedade da frequência ser diária também são adequados. Evitar uma ou mais das principais refeições do dia é uma prática restritiva muito comum entre anoréticas.

O café da manhã é realizado todos os dias por 80,6% das adolescentes, as que fazem o café da manhã numa frequência de apenas 3 vezes por semana ou menos somam 13,7% (isto é uma prática restritiva).

O almoço é realizado diariamente por 82,7% das adolescentes, as que almoçam numa frequência de apenas 3 vezes ou menos por semana são 8,8%.

A maioria das adolescentes (63,1%) afirmou jantar todos os dias, dentre as três refeições principais esta foi a menos realizada diariamente. 23,2% afirmaram que jantam 3 dias por semana ou menos.

Cerca de 69,7% das adolescentes lancham todos os dias, 13,2% lancham 3 dias por semana, 8,7% lancham 5 dias por semana, 4,8% lancham um dia por semana e 3,6% nunca lancham.

Ao somarmos o número de adolescentes que ou não fazem o café-da-manhã, ou não almoçam, ou não jantam, e considerarmos que nenhuma delas excluiu mais de uma dessas, constatamos que 9,7% da amostra nunca realiza uma das principais refeições do dia.

A maior parte (77,2%) das adolescentes nunca procurou orientação profissional para fazer regime ou ser esclarecida sobre alguma questão nutricional. Além disso, a proporção de alunas de colégios particulares que procurou orientação profissional para fazer regime ou ser esclarecida (33,1%) foi significativamente superior à proporção de alunas de colégios públicos (16,8%) que fez o mesmo ($p < 0,001$).

A procura por alguma sociedade ou clube para emagrecimento, a exemplo dos “vigilantes do peso”, foi muito baixa, apenas 1,7% afirmou que já o fez.

Problemas alimentares de qualquer tipo foram relatados por 20,8%, enquanto que 79,2% afirmaram nunca terem apresentado algum problema alimentar.

Apenas 62,3% das adolescentes afirmaram ter um padrão de alimentação diária regular. Isso pode significar uma desorganização nos hábitos alimentares das outras. A proporção de adolescentes que relataram não terem um padrão de alimentação regular e se encontra em situação de risco (38,6%) foi

significativamente superior à proporção de adolescentes em risco que apresentam uma alimentação regular (17%) ($p < 0,001$ / Fisher).

Estar seguindo uma dieta rígida foi relatado por 4% das adolescentes. Destas, 48% relataram ter um IMC calculado “abaixo do normal”. Encontramos ainda que 20% das adolescentes se sentem fracassadas quando “quebram” uma dieta.

A contagem de calorias de tudo o que come foi relatada por 14,5% das adolescentes. Isto indica uma preocupação com o que se está comendo e o efeito no peso. Esta contagem é geralmente feita para eliminar os alimentos “engordantes”. A proporção de adolescentes que contam calorias foi maior entre aquelas que apresentam alteração de imagem corporal (61,7%) do que entre as que não apresentam alteração de imagem corporal (31,8%) ($p < 0,001$ / chi).

Dentre as práticas restritivas o jejum por um dia inteiro é a mais conhecida. Esta foi relatada por 26,2% da amostra. A distribuição desta prática entre colégios públicos e particulares foi semelhante ($p = 0,753$ / chi), não havendo diferença significativa entre os dois estratos.

A frequência com a qual a adolescente jejuou foi investigada. 46,5% de todas as adolescentes afirmaram ter jejuado somente uma vez, 39% afirmaram jejuar de vez em quando e 14,2% jejuam uma vez por semana ou mais (indicando uma regularidade do uso desta prática restritiva).

Mesmo entre aquelas que apresentaram um IMC calculado “abaixo do normal” encontramos que 22,6% delas jejuam. A proporção de adolescentes que jejuaram (61,5%) foi superior a aquelas que não jejuaram entre o grupo que relatou um IMC calculado de “sobrepeso” ($p = 0,001$ / Fisher).

A proporção de adolescentes que jejuou entre aquelas que apresentam preocupação com a imagem corporal (37,9%) foi superior à proporção de

adolescentes jejuam entre aquelas que não apresentam preocupação com a imagem corporal (19,6% / $p < 0,001$ / chi).

Observando a frequência com a qual as adolescentes jejuam pudemos verificar quantas apresentam o hábito de jejuar (jejuar numa frequência igual ou superior a “de vez em quando”), encontramos que 18,5% o fazem. Entre estas que jejuam habitualmente, 45,8% considera seu padrão de alimentação diário regular, indicando uma desconsideração desta prática como algo que afeta a regularidade de sua alimentação. Não foi possível afirmar que a proporção de adolescentes que jejuam habitualmente entre colégios públicos e particulares é diferente ($p = 0,222$ / chi); o mesmo aconteceu entre as faixas de IMC calculado ($p = 0,101$ / Fisher). Acreditamos que o hábito de jejuar acontece independentemente de se ter condições financeiras para estudar em colégios particulares ou não e de qual peso ela acredite ter; além disso encontramos que quanto maior a preocupação com a imagem corporal maior foi a proporção de adolescentes que habitualmente jejuam ($p < 0,001$ / chi).

Foi questionado o uso de comprimidos para perder peso. A maioria delas (95,7%) relatou nunca ter usado comprimidos, 3,5% afirmou usar comprimidos “de vez em quando”, 0,4% disse que usa “diariamente” e as respostas “1 vez por semana” e “2 a 3 vezes por dia” tiveram 0,2% das indicações para cada uma.

Quanto ao uso de diuréticos apenas 2,3% usam diuréticos “de vez em quando” e 0,2% usa “uma vez por semana”.

Sobre o uso de laxantes foi encontrado que 91,4% das adolescentes afirmaram “nunca” ter usado laxantes para perder peso, 7,6% relatou usar “de vez em quando”, 0,2% usa laxantes “1 vez por semana”, 0,4% usa “de 2 a 3 vezes por semana” e 0,4% usa “de 2 a 3 vezes por dia”.

O uso de vômitos para controle de peso é um dos sintomas clássicos dos transtornos alimentares. A maioria delas (93,7%) disse “nunca” ter vomitado, 5,6% afirmam vomitar “de vez em quando”, 0,2% relata vomitar “1 vez por semana” e 0,6% o faz “diariamente” (n=540).

Tabela 13: Uso de práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino estudantes do segundo ano do 2º grau de colégios públicos e particulares no município de Fortaleza-CE, no ano de 2001.

Prática Utilizada	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Comprimidos (n=540)	13	3,8	10	5,1	23	4,3
Diuréticos (n=529)	2	0,6	11	5,7	13	2,5
Laxantes (n=538)	23	6,7	23	11,7	46	8,5
Vômitos (n=540)	23	6,7	11	5,6	34	6,3
Jejuns (n=649)	82	19,9	38	16	120	18,5

Perguntamos se o padrão de alimentação prejudica severamente a vida delas. 15% confirmaram tal questionamento. Sendo que a maioria delas (52,6%) considera seus hábitos alimentares normais mesmo se sentindo prejudicadas. A proporção de adolescentes que afirmou que seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida foi maior entre àquelas que apresentavam preocupação com imagem corporal do que entre as que não apresentavam ($p < 0,001$ / chi).

Cerca de 14,5% das adolescentes afirmaram que a comida domina a vida delas. 39,5% relataram que há momentos em que só consegue pensar em comida.

Os dados a seguir são comportamentos e situações típicas enfrentadas por quem têm problemas de compulsão alimentar.

O comer sem parar até ser obrigada a parar por sentir-se mal fisicamente é algo bastante comum em pessoas que apresentam episódios de comer compulsivo. Esta situação foi relatada por 10,5 % das alunas. Das adolescentes, 22,4% afirmaram que comem moderadamente quando em público e depois exageram quando sozinhas. 11,1% delas afirmaram que não é sempre que conseguem parar de comer quando querem, e esta é a principal característica de um episódio compulsivo. 39,2% das adolescentes já sentiram um incontrolável desejo para comer e comer sem parar; 42,6% delas afirmaram que já comeram grandes quantidades de comida muito rapidamente; 15,5% afirmaram não ser capazes de deixar comida no prato ao final de uma refeição.

Cerca de 51,2% já tiveram episódios exagerados de alimentação, e dentre estas, 61,2% se sentiram mal por causa dos episódios. Os episódios exagerados de alimentação se enquadram nos critérios para transtorno alimentar principalmente se houve o sentimento de culpa associado. Encontramos que 41,5% das adolescentes se sentem culpadas quando comem demais. Relacionando estes dados encontramos também que 24,2% das adolescentes já tiveram episódios exagerados de alimentação e sentem-se culpadas ao comerem demais. Estes episódios só ocorrem quando a adolescente está sozinha em 24% dos casos, isto é importante porque quase sempre que uma pessoa tem um episódio de comer compulsivo ela está só, para evitar ser vista; 43,3% da amostra já comeu escondida alguma vez. A frequência destes episódios foi igual ou superior a “1 vez por semana” em 10,6% das adolescentes.

Ao se avaliar, 13,1% delas se considera alguém que come compulsivamente, e 13,4% relataram que iriam até as últimas conseqüências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado.

Tabela 14: Frequência de adolescentes do sexo feminino estudantes do segundo ano do 2º grau de colégios públicos e particulares no município de Fortaleza-CE que apresentam práticas e reações típicas de episódios de comer compulsivo, no ano de 2001.

Indicadores de Comer Compulsivo	ESCOLAS				p	TOTAL	
	Públicas		Particulares			n	%
	n	%	n	%			
Comer sem parar até ser obrigada a parar por sentir-se mal fisicamente	40	9,7	28	12	0,369	646	10,5
Comer moderadamente quando em público e depois exagera quando sozinha	90	21,9	54	23,2	0,72	643	22,4
Nem sempre conseguir parar de comer quando quer	41	10,1	30	12,9	0,277	640	11,1
Já sentiu um incontrolável desejo para comer e comer sem parar	137	33,3	116	49,6	0,00	645	39,2
Já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente	159	38,7	116	49,4	0,008	645	42,6
Se sente culpada quando come demais	163	40,7	97	42,7	0,628	627	41,5
Teve episódios exagerados de alimentação e sente-se culpada quando come demais	81	20,4	70	30,8	—	623	24,2
Considera-se alguém que come compulsivamente	46	11,4	38	16,2	0,082	640	13,12

Cerca de 15,2% relatou que a quantidade de comida ingerida não é determinada pela fome que sente. Isto indica que, além da fome, há possibilidade de outros fatores estarem afetando a relação entre o comer e o alimento ingerido.

Muitas pessoas utilizam a comida para reduzir a ansiedade e este comportamento muitas vezes leva a problemas como o comer compulsivo e à obesidade. Esta prática é considerada um método danoso de controle emocional. Na amostra, 31,2% relataram que quando sentem-se ansiosas, tendem a comer muito. Questionamos se elas se voltavam para a comida com a finalidade de aliviar algum tipo de desconforto, 17,9% afirmou que sim.

O medo de engordar foi relatado pela maioria das adolescentes (62,%), e não foi possível afirmar que houve diferença significativa na distribuição disto entre os colégios públicos e particulares ($p=0,052$ / chi). Em todas as faixas de IMC calculado o número de adolescentes que apresentavam medo de engordar foi superior ao das adolescentes que afirmaram não ter esta preocupação ($p=0,006$ / Fisher), o que indica que independentemente do peso que as adolescentes acreditem ter, o medo de engordar é sempre presente para a maioria delas. Nas gradações de risco também aconteceu o mesmo evento ($p<0,001$ / Fisher). Entre as adolescentes que não apresentavam preocupação com imagem corporal este medo de engordar não foi dominante, encontramos que 47,4% delas relataram ter medo de engordar, enquanto que entre o grupo com preocupação com a imagem corporal, o medo de engordar foi relatado por 87,6% ($p<0,001$ / chi), o que é estatisticamente significativo.

Tabela 15: Adolescentes que relataram medo de engordar, estudantes de colégios públicos e particulares do município de Fortaleza-CE, 2001. (n=645 / $p=0,052$)

Relata ter medo de engordar	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Sim	244	59,2	156	66	400	62
Não	168	40,8	77	34	245	38
TOTAL	412	100	233	100	645	100

Sentir vergonha dos hábitos alimentares foi relatado por 8,8% das alunas. O sentimento de vergonha surge quando uma pessoa sente que está apresentando algo que não está de acordo com os costumes ou valores da sua comunidade, por isso levantamos a relação deste sentimento com algumas práticas inadequadas para controle de peso, com a finalidade de verificar se elas sentem que estas práticas são

condenadas pela sua comunidade. Entre as adolescentes que praticam jejum habitualmente 86,4% delas não sentem vergonha dos seus hábitos alimentares. Entre as adolescentes que vomitam 79,4% não se envergonham de seus hábitos alimentares. Para as adolescentes que usam comprimidos 87% não se envergonha de seus hábitos alimentares. A maioria das que usam diuréticos (76,9%) também não se envergonha. Para as que usam laxantes o fenômeno se repetiu, a maioria (89,1%) não se envergonha.

Entre as alunas, 8,2% relataram enganar às outras pessoas sobre o quanto comem. Esta prática é comum tanto em bulímicas quanto em anoréticas e revela medo de que o julgamento dos outros seja o de estar comendo demais ou menos do que deveria.

Preocupação com o fato de não ter controle sobre o quanto come foi relatado por 35,5% delas. Dentre estas adolescentes encontramos que 46,6% praticam o jejum habitualmente para controlar o peso, sendo este valor significativamente superior ao daquelas que não jejuam (33,1%) ($p=0,006$ / chi), ou seja, as adolescentes que jejuam se preocupam mais com o fato de não terem controle sobre o quanto comem do que as que não jejuam.

Cerca de 20,1% das adolescentes não considera seus hábitos alimentares como sendo normais. Encontramos ainda que a proporção de adolescentes que consideram seus hábitos alimentares normais e estão fora de situação de risco (82%) foi superior à proporção das que não consideram seus hábitos alimentares normais e estão fora de risco (40%) ($p<0,001$ / Fisher). Um fato interessante foi que entre as que se encontram em situação de risco, a maioria (56,4%) considera seus hábitos alimentares normais ($p<0,001$ / Fisher).

Esta desqualificação se repetiu para as que utilizavam práticas de risco quando analisadas isoladamente. Entre aquelas que se consideravam como alguém que come compulsivamente 71,4% considera seus hábitos alimentares normais. A maioria das que apresentam o hábito de praticar o jejum para controle de peso, (68,3%) consideram seus hábitos alimentares normais. Para as adolescentes que vomitam habitualmente, 61,8% consideram seus hábitos alimentares normais. Entre as que usam laxantes habitualmente, 80,4% consideram seus hábitos alimentares normais. Para as que usavam diuréticos no controle do peso, a maioria (83,3%) considera seus hábitos alimentares normais. Para aquelas que usam comprimidos, encontramos que 77,3% consideram seus hábitos alimentares como sendo normais.

Tabela 16: Adolescentes que apresentam práticas inadequadas para controle de peso e consideram seus hábitos alimentares como sendo normais, em salas de segundo ano do 2º grau de colégios públicos e particulares no município de Fortaleza-CE, 2001.

Prática Utilizada para controle de peso	Consideram seus hábitos alimentares como sendo normais				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Comprimidos	10	77	7	77,8	17	77,3
Diuréticos	2	100	8	80	10	83,3
Laxantes	21	91,3	16	69,6	37	80,4
Vômitos	16	69,6	5	45,4	21	61,8
Jejuns	60	73,2	22	57,9	82	68,3

Por último, perguntamos se o peso delas flutua mais que 2,5 kg em uma semana, 11,3% responderam que sim.

3.4 – Inventário EAT-26

O inventário EAT-26 refere-se a comportamentos e práticas que caracterizam pessoas que apresentam transtorno alimentar, e em especial, a anorexia nervosa.

Diferentemente do BITE e do BSQ, o resultado final do EAT-26 não apresenta uma escala gradativa de risco ou comprometimento, poderíamos até afirmar que seu resultado final é maniqueísta, pois ele apresenta apenas dois resultados, ou é positivo para a presença de atitudes alimentares patológicas e de risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares, ou é negativo.

Encontramos que 9% da amostra apresentam uma pontuação (≥ 21), que a caracteriza como estando em situação de risco e praticante de atitudes alimentares patológicas. Os escores do EAT-26 tiveram média de 10,11 (atitudes e comportamentos alimentares fora de risco) com desvio padrão de 7,41, sendo a amplitude de 0 até 50.

Tabela 17: Resultado do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) aplicado em uma amostra de estudantes adolescentes do sexo feminino do segundo ano do segundo grau em colégios públicos e particulares do município de Fortaleza, 2001 (n=652).

EAT – 26	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Ausência de Risco Comp. Alimentar Normal	382	92	211	89	593	90,9
Situação de Risco (EAT+) Comp. Alim. Patológico	33	8	26	11	59	9,1
TOTAL	415	100	237	100	652	100

Os escores do EAT-26 não estão correlacionados com a idade das adolescentes ($p=0,18$ / spearman) ou com o IMC calculado considerado ideal por elas ($p= 0,7699$ / spearman). Encontramos correlações muito pequenas mas estatisticamente significantes entre os escores do EAT-26 e peso relatado (Spearman's rho = 0,1263 / $p=0,0019$) e IMC calculado (Spearman's rho = 0,1027 / $p=0,0109$).

A diferença na distribuição das proporções não foi estatisticamente significativa entre o resultado final do EAT-26 e ter ou não religião ($p= 0,777$ / Fisher), estado civil da adolescente ($p= 0,245$ / Fisher), estado civil dos pais ($p= 0,856$ / Fisher), escolaridade da mãe ($p= 0,763$ / chi), escolaridade do pai ($p= 0,650$ / chi), tipo do colégio ($p= 0,196$ / chi), o fato de trabalhar ou não ($p= 0,846$ / Fisher) e entre os 3 estratos de colégios particulares ($p= 0,546$ / Fisher).

Tabela 18: Relação entre as variáveis sócio-demográficas e o resultado do inventário EAT-26, entre estudantes adolescentes do Município de Fortaleza-Ce, 2001.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	p (qui-quadrado)
Ter Religião	0,777 (Fisher)
Estado Civil das Alunas	0,245 (Fisher)
Estado Civil dos Pais	0,856 (Fisher)
Escolaridade da Mãe	0,763 (Pearson)
Escolaridade do Pai	0,65 (Pearson)
Escola Pública/Particular	0,196 (Pearson)
Estratos dos Colégios Particulares	0,546 (Pearson)
Trabalhar	0,846 (Fisher)

A seguir apresentaremos os itens (questões 1 a 13 do inventário) referentes ao fator *dieta*, que identificam as restrições alimentares e preocupações com a forma física. Consideramos apenas as freqüências que receberam pontuações como sendo as respostas mais “anoréxicas” de acordo com a avaliação proposta por GARNER *et al* (1982).

Questionamos se elas costumam fazer dieta e 4% afirmaram que freqüentemente fazem; 3,2% sempre fazem dieta, e 1,5% muito freqüentemente faz dieta; portanto 8,8% fazem dieta habitualmente.

Comer alimentos dietéticos é uma prática realizada freqüentemente por 3,4% das adolescentes; 2,3% o fazem muito freqüentemente e 1,4% sempre comem alimentos dietéticos; portanto 7,1% habitualmente comem alimentos dietéticos.

No item “sinto-me mal após comer doces” 3,7% afirmaram que sempre o fazem, 2,8% afirmaram o item freqüentemente e 0,9% afirmou muito freqüentemente.

Perguntamos sobre o fato de “gostar de experimentar novas comidas que engordam” e 42,4% só o fazem às vezes, 18,9% raramente experimentam e 10,8% nunca experimentam.

Evitar alimentos que contenham açúcar é algo feito freqüentemente por 5,1% da amostra, 3,5% afirmaram sempre o fazerem, 1,8% afirma que o fazem muito freqüentemente. De toda a amostra, 10,5% habitualmente evitam açúcar.

Evitar alimentos que contenham alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.) é praticado freqüentemente por 3,9% da amostra; 1,7% o faz muito freqüentemente e, 1,4% sempre evita carboidratos. De toda a amostra, 7% habitualmente evitam carboidratos.

Chegar ao item “estado de preocupação devido ao desejo de ser mais magra”, verificamos que o mesmo ocorre na seguinte proporção: acontece sempre com 15,7%, freqüentemente com 7,5% e muito freqüentemente com 3,8%; ou seja, a preocupação devido ao desejo de ser mais magra aflige numa freqüência considerável 27,1% das adolescentes.

Gostar de estar de estômago vazio foi um item assinalado como freqüentemente com 4,3% delas, sempre com 2,2% e muito freqüentemente com 0,8%.

Pensar em queimar calorias quando faz exercício físico indica que esta atividade esta tendo um caráter restritivo, além da melhora da saúde. O item foi marcado como: acontece sempre com 38%, freqüentemente com 9,1% e muito freqüentemente com 4,5%. Podemos afirmar, portanto, que 51% das adolescentes, quando praticam atividade física, o fazem geralmente pensando em queimar calorias para perder peso.

Sentir-se extremamente culpada depois de comer foi relatado como acontecendo sempre com 3,4% da amostra, freqüentemente com 2,5% e muito freqüentemente com 1,8%. A culpa extrema por ter se alimentando ocorre habitualmente com 7,7% da amostra.

Perguntamos se elas ficam apavoradas com o excesso de peso e 14,5% afirmaram que sempre o ficam, 8,3% freqüentemente ficam e 3,8% ficam muito freqüentemente. Somando estes valores, temos que o pavor do excesso de peso acontece habitualmente com 26,6% da amostra.

Ficar preocupada com a possibilidade de ter gordura no corpo foi relatado como acontecendo sempre com 26,2%, freqüentemente com 10,5% e muito freqüentemente com 4%; ou seja, a possibilidade de ter gordura no corpo preocupa com uma freqüência considerável entre 40,8% das adolescentes.

Para saber se elas contam as calorias dos alimentos, um dos itens do EAT-26 questiona se elas sabem quantas calorias têm os alimentos consumidos. Encontramos que 4% freqüentemente sabem, 3,7% sempre sabem e 1,5% muito freqüentemente sabe. Isso indica que a contagem de calorias é realizada habitualmente por 9,2% das adolescentes.

Os próximos 6 itens constituem o fator “Bulimia e preocupação com a comida”, eles identificam comportamentos do tipo bulímico e estão relacionados com um prognóstico ruim

Sentir vontade de vomitar após as refeições teve uma freqüência baixa. 1,4% afirmou que sempre tem vontade de vomitar, 0,5% sente essa vontade muito freqüentemente e 0,1% muito freqüentemente; somando estas freqüências para saber quantas têm estas vontades habitualmente encontramos o valor de 2%.

Dentre as que vomitam, as que sempre o fazem após as refeições são 0,3% e as que o faz muito freqüentemente somam 0,1% da amostra.

Para investigar a ocorrência de episódios de compulsão alimentar, o inventário questiona se a adolescente já passou por situações em que comeu demais, achando que não ia conseguir parar. Encontramos que as freqüências altas para este fenômeno tiveram indicações baixas, pois sempre, muito freqüentemente e freqüentemente foram encontrados em 0,2%, 0,3% e 0,5% da amostra, respectivamente. Este resultado foi diferente do encontrado na análise pelo BITE do mesmo fenômeno.

Passar muito tempo pensando em comida acontece freqüentemente com 2,5% da amostra, acontece sempre com 1,08% e muito freqüentemente com 0,8%.

O inventário questionou se elas se acham uma pessoa preocupada com a comida. Encontramos que 5,7% sempre o acham, 5,3% freqüentemente acham e 1,7% muito freqüentemente se percebe preocupada com a comida.

Sentir que a comida controla a vida acontece sempre com 2,8% das adolescentes da amostra, freqüentemente com 1,2% e muito freqüentemente com 1,1%.

Os últimos itens constituem o fator “Controle oral”, eles identificam o autocontrole com relação à alimentação e o reconhecimento de fatores sociais nos padrões de alimentação.

Cortar a comida em pedaços pequenos foi relatado como acontecendo sempre por 11,4% da amostra, freqüentemente por 8%, e muito freqüentemente com 2,5%.

Levar mais tempo que os outros para comer acontece sempre com 16,8% da amostra, freqüentemente com 7,5% e muito freqüentemente com 4,6%.

A ocorrência das pessoas acharem que ela é magra demais foi indicada como sendo freqüentemente por 8,2%, sempre por 7,7% e muito freqüentemente por 4,3%. Este item fornece uma noção de qual a opinião da comunidade na qual a adolescente está inserida sobre a aparência física da mesma. Se somarmos todos os itens, temos que 20,3% da amostra está escutando no mínimo freqüentemente da sua comunidade que ela esta magra demais.

O impacto disso na adolescente é checado com este item, onde é questionado se ela sente que os outros prefeririam que ela comesse mais. 10,8% da amostra sempre o sentem, 6,8% sentem freqüentemente e 4,8% sentem muito freqüentemente. Ao somarmos esses valores, encontramos que 22,4% delas sentem numa freqüência considerável que outros prefeririam que ela comesse mais.

Sentir que os outros a pressionam para comer acontece sempre com 8,3%, freqüentemente com 6,3% e muito freqüentemente com 5,7% da amostra. Esta pressão social para comer foi sentida numa freqüência significativa por 20,3%.

Evitar comer quando está com fome é uma das práticas restritivas mais comuns nas anoréticas . Isto foi relatado como acontecendo sempre com 2,3% da amostra, freqüentemente com 2,3% e muito freqüentemente com 1,1%. Somando estes valores encontramos que 5,7% evitam comer quando estão com fome numa freqüência significativa para ser pontuado pelo inventário.

Demonstrar autocontrole em relação à comida acontece sempre com 30,8% da amostra, freqüentemente com 11,1% e muito freqüentemente com 10,2%.

3.5 – Inventário Body Shape Questionnaire

O BSQ indica como resultado final se a pessoa entrevistada apresenta uma alteração de imagem corporal. Para tal, este instrumento levanta aspectos como: preocupação com a forma corporal, autodepreciação quanto à forma do corpo e sensações de estar “gorda”.

Encontramos que 36,2% das adolescentes apresentam preocupação com a imagem corporal. Destas 61% tiveram uma preocupação considerada de grau leve, 26,3% apresentaram uma moderada preocupação e 12,7% apresentaram uma grave preocupação com a imagem corporal.

A proporção de adolescentes que apresenta preocupação com a imagem corporal em colégios particulares (43%) foi superior a proporção das que estudam em colégios públicos (32,3%), ou seja, é mais comum encontrar adolescentes com alteração de imagem corporal em colégios particulares ($p=0,006$ / chi). Entre os três níveis de colégios particulares não foi possível afirmar que existe diferença nas proporções ($p=0,911$ / chi).

Tabela 19: Preocupação com imagem corporal entre estudantes adolescentes do sexo município de Fortaleza-CE em 2001, de colégios públicos e particulares, segundo o Inventário Body Shape Questionnaire ($p<0.05$ / chi).

PREOCUPAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL	ESCOLAS				TOTAL	
	Públicas		Particulares		n	%
	n	%	n	%		
Não apresenta preocupação significativa com a imagem corporal	281	67,5	135	32,5	416	63,8
Apresenta preocupação significativa com a imagem corporal	134	56,8	102	43,2	236	36,2
TOTAL	415	63,6	237	36,4	652	100

Não encontramos relação entre preocupação com a imagem corporal e religião ($p=0,163$ / Fisher), estado civil dos pais ($p=0,548$ / Fisher), escolaridade da mãe ($p=0,301$ / chi), escolaridade do pai ($p=0,231$ / chi) e entre o fato de trabalhar ou não ($p=0,239$ / chi).

A proporção de adolescentes com alteração de imagem corporal foi maior entre as casadas (50% / $n=18$) do que entre as solteiras (36%) ($p=0,047$ / Fisher).

Tabela 20: Relação entre as variáveis sócio-demográficas e o resultado do inventário BSQ, entre estudantes adolescentes do sexo feminino de colégios públicos e particulares, no Município de Fortaleza-Ce, 2001.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	p (qui-quadrado)
Ter Religião	0,163 (Fisher)
Estado Civil das Alunas	0,047 (Fisher)
Estado Civil dos Pais	0,548 (Fisher)
Escolaridade da Mãe	0,301 (Pearson)
Escolaridade do Pai	0,231 (Pearson)
Escola Pública/Particular	0,006 (Pearson)
Estratos dos Colégios Particulares	0,911 (Pearson)
Trabalhar	0,239 (Pearson)

A seguir apresentaremos os resultados das perguntas mais relevantes deste inventário.

Perguntamos com qual frequência elas têm permanecido tão preocupadas com a forma física a ponto de sentirem que deveriam fazer dieta. Encontramos que 42,3% nunca se preocupam, 12,7% raramente se preocupam, 19,4% às vezes se preocupam, 6,7% frequentemente se preocupam, 5,1% se preocupam muito frequentemente e 13,8% se preocupam sempre.

Sobre ter sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda), encontramos que: 25% delas nunca sentem esse medo, 13,1% raramente sentem, 24,6% sentem às

vezes, 6,5% sentem freqüentemente, 6,2% sentem muito freqüentemente e 24,6% sempre sentem medo de ficar gorda.

Cerca de 34,4% das adolescentes já sentiram-se tão mal a respeito do seu corpo que chegaram a chorar; 30,6% se sentem gordas, mesmo comendo uma pequena quantidade de comida numa freqüência igual ou superior à “às vezes”.

A adolescência é um período de rápidas transformações corporais e emocionais, por isso a ocorrência em algum momento de sentimentos de inadequação com relação ao físico já é esperada, mas também é esperada a adaptação frente a estas novas contingências, se isso não acontece é porque algum problema no processo está ocorrendo. Tendo consciência disto estabelecemos como “ponto de corte” para as respostas da escala *likert* em várias questões apenas os casos onde o problema investigado se apresenta numa freqüência igual ou superior à “às vezes” e descartamos as “raramente” ou inferiores por acreditarmos que estas fazem parte das dificuldades naturais do processo de desenvolvimento.

Para 22,9%, numa freqüência igual ou superior à “às vezes”, pensar no físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo estudar, assistir televisão, escutar uma conversa).

Quase metade delas (43,6%) sentem vergonha do corpo numa freqüência igual ou superior à “às vezes”.

Para verificar a insatisfação com a forma do corpo, perguntamos se ver o reflexo no espelho faz com que elas se sintam mal com relação ao físico. 39,4% afirmaram que sim, com uma freqüência igual ou superior a “às vezes”. Esta insatisfação pode levar as adolescentes a fazerem uma dieta, disso perguntamos se a preocupação frente ao físico as leva a fazer dietas. 32,5% afirmaram que isso acontece com uma freqüência igual ou superior a “às vezes”.

Uma das manifestações desta insatisfação é o “beliscar” partes do corpo para sentir/ver o quanto de gordura tem nelas (muitas adolescentes com um Transtorno Alimentar já estabelecido afirmam não ter controle sobre este comportamento e ficam “se beliscando” constantemente). Esta prática foi relatada por 65,5% delas, sendo que 49,1% da amostra o faz numa frequência igual ou superior a “às vezes”.

A vergonha e a insatisfação com o corpo levam ao que se chama de “esquiva social”, que é evitar se expor a situações onde a pessoa possa ser vista por membros da sua comunidade. Um quarto das adolescentes (25,8%) já deixaram alguma vez de ir a algum evento social (como uma festa, por exemplo) por terem se sentido mal em relação à forma do corpo. Nas situações onde as pessoas podiam ver o corpo delas (tais como praia, vestiários, banhos de piscina, etc), a evitação foi maior; 37,9% deixam de ir para estes locais numa frequência igual ou superior à “às vezes”.

A sensação de não ter controle sobre a alimentação se mostrou bastante presente entre as adolescentes. 36,6% delas acreditam que a sua forma física atual decorre de uma falta de autocontrole numa frequência igual ou superior à “às vezes”.

4. DISCUSSÃO

O significativo número de adolescentes que se utilizam de práticas alimentares inadequadas ressalta a atenção que este tema requer da comunidade acadêmica. Entre outros fatores, os critérios para a aceitação social - e conseqüentemente aceitação pessoal - estabelecidos entre as adolescentes na sociedade pós-moderna aparentam gerar um quadro de adoecimento comportamental e somático com sérias repercussões.

As características sócio-demográficas das adolescentes que foram mais prevalentes foram: residir em Fortaleza há mais de um ano, com média de idade de 16,7 anos, serem de religião católica, solteiras e não trabalharem.

O relato da altura e peso entre elas, com o subseqüente cálculo do IMC, levantaram um problema que merece maior investigação futura: praticamente metade da amostra afirmou estar com um peso que as coloca abaixo do peso normal. Se o IMC calculado estiver correto, significa que muitas adolescentes podem estar abaixo do peso clinicamente desejável; por outro lado, este percentual elevado pode ser função de uma subestimação sistemática do peso por parte de adolescentes que desejam pesar menos. De qualquer forma, este resultado é algo que deve ser melhor

investigado, pois baixo IMC é um fator de risco para o desenvolvimento de diversos problemas de saúde.

O resultado do BITE demonstrou que 1,2% das adolescentes apresentam uma grande possibilidade de ter um transtorno alimentar, o que é similar à faixa apontada pela literatura de uma prevalência esperada entre 1% e 4% para a ocorrência de Transtorno Alimentar (KAPLAN, SADOCK & GREBB, 1997). Ao comparar estatisticamente, o resultado encontrado neste trabalho foi significativamente menor ($p=0,014$ / chi) quando comparado com o encontrado por NUNES (1997) em Porto Alegre (3,3%). Vale ressaltar que em seu estudo, Nunes tomou como população as mulheres de 12 a 29 anos, enquanto que este estudo se restringiu às adolescentes estudantes entre 14 e 20 anos, o que poderia explicar o valor significativamente menor.

Um quarto das adolescentes apresentaram uma ocorrência de comportamento alimentar inadequado e de práticas danosas para o controle de peso com uma frequência suficiente para as colocarem em situação de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e outros problemas de saúde. A quantidade de adolescentes em risco foi significativamente menor ($p=0,046$ / chi) do que no estudo realizado por NUNES (1997).

A frequência de alunas que estudam em colégios particulares e apresentam práticas de risco (33,3%) foi semelhante à frequência das mulheres que apresentaram práticas de risco no estudo de Porto Alegre ($p=0,916$ / chi); enquanto que para os colégios públicos houve uma menor quantidade de alunas com práticas de risco do que a situação de Porto Alegre ($p=0,034$).

Assim, ao compararmos a situação dos Transtornos Alimentares de Porto Alegre no Rio Grande do Sul e Fortaleza no Ceará, temos que as adolescentes

pertencentes aos grupos sociais com condições de pagar um colégio particular se comportam de maneira semelhante à população feminina de Porto Alegre, enquanto que as adolescentes de colégios públicos de Fortaleza não. Isto fortalece a hipótese de que fatores econômicos estejam elevando as prevalências destes comportamentos de risco, mas não sejam essenciais na determinação deste problema, uma vez que foram encontradas adolescentes em situação de risco também nas classes mais desfavorecidas economicamente.

Os comportamentos de risco encontrados apresentaram uma frequência maior entre as alunas de colégios particulares. A proporção de adolescentes em “situação de risco” e com “grande possibilidade de TA” nos colégios particulares foi superior aos colégios públicos, indicando que o fato de pertencer a um grupo social que tem condições financeiras para pagar um colégio particular é algo que favorece uma maior frequência destes comportamentos. É possível que, no município de Fortaleza, os ideais de beleza e exigência quanto à forma corporal sejam diferentes, em algum aspecto, entre as camadas econômicas altas e baixas; o que explicaria esta diferença encontrada nos dados. Este problema poderia ser melhor investigado em futuros estudos.

As adolescentes de colégios particulares, por pertencerem a um estrato sócio-econômico mais alto, provavelmente têm um maior acesso a informações sobre dietas e outras práticas para controlar e perder peso e assim, seriam mais estimuladas a se voltarem para as práticas restritivas.

As informações vindas de fontes sem bases científicas, tais como revistas femininas populares sobre moda e forma física, são muitas vezes inadequadas e promovem o uso de dietas não balanceadas como forma de se atingir um “corpo ideal” em curto espaço de tempo. Estas dietas e recomendações quase sempre não

levam em consideração fatores como: a singularidade genética e fisiológica de cada pessoa, os possíveis danos da restrição de grupos alimentares, a forma como a adolescente irá interpretar a informação, a falta de acompanhamento especializado caso aconteça algum problema, entre outros.

O fato de estarem inseridas em um contexto cultural onde o poder de consumo garante status social, e onde o corpo se torna uma mercadoria em si, poderia ser outro elemento que esclareceria este maior risco para transtornos alimentares entre as adolescentes de colégios particulares, como já foi apontado por vários autores (MARCONDES, 1993; CODO & SENNE, 1985).

A proporção de práticas alimentares de risco foi menor entre as adolescentes que declaram ter religião. Outros estudos encontraram resultados semelhantes na relação entre saúde mental e prática religiosa como fator de proteção (VOLCAN, SOUSA, MARI, 2003; SANCHEZ, OLIVEIRA, NAPPO, 2004).

Visto que as religiões mais praticadas por estas adolescentes são as de orientação cristã, conhecer a forma como o corpo é encarado pelos autores bíblicos esclarecer melhor o fato de ter uma religião ser um fator de proteção para a ocorrência de comportamentos relacionados aos transtornos alimentares. O corpo físico para os autores bíblicos é de importância secundária em comparação com o “espírito”, e a valorização da “carne” é considerada algo que distancia a pessoa do divino. No livro de Gênesis, o corpo humano tem sua origem em um sopro divino sobre o pó, e tem tanto valor em si quanto o pó do qual foi feito, neste livro no capítulo 3 encontramos: “¹⁹ Comerás o teu pão com o suor do teu rosto, até que voltes à terra de que foste tirado; porque és pó, e em pó te hás de tornar.” (BÍBLIA SAGRADA, 1986, p.51). O corpo é considerado como um espaço sagrado onde habita o espírito transcendental, não podendo ser maculado com atos errados

(pecados), e tratar o corpo de forma mundana seguindo a lógica da mercadoria seria ignorar o valor do elemento sagrado que habitaria este corpo. O apóstolo São Paulo em sua Primeira Epístola aos Coríntios no capítulo 6 aponta “¹⁹ Ou não sabeis que o vosso corpo é templo do Espírito Santo, que habita em vós, o qual recebestes de Deus, e que, por isto mesmo, já não vos pertenceis?” (BÍBLIA SAGRADA, 1986, p.1470). O envelhecer e as marcas da idade no corpo não são considerados problemas estéticos a serem corrigidos com dietas, mas sim um valor de que se orgulhar. No livro Eclesiástico, capítulo 25 encontramos: “⁶ Quão belo é para a velhice o saber julgar, e para os anciãos o sabe aconselhar! ⁷ Quão bela é a sabedoria nas pessoas de idade avançada, e a inteligências com a prudência nas pessoas honradas!” (BÍBLIA SAGRADA, 1986, p. 898).

A valorização do corpo como forma de obter atenção social e estética, ou uma auto-mutilação através de práticas restritivas e purgativas não estaria de acordo com o que é apresentado pela Bíblia como sendo correto a um cristão. A valorização estética do corpo pode ser classificada dentro do sistema aristotélico de vícios e virtudes como sendo um “Vício por excesso”, sendo este vício posteriormente classificado como o “pecado capital” da Vaidade pela Igreja Católica Romana (CHAUÍ, 1999).

A Gula, enquanto ato de comer não para saciar uma necessidade física caracterizada pela fome mas sim por prazer, também é considerada pela Igreja Católica Romana como um pecado capital (CHAUÍ, 1999). Dentro deste critério de pecado, as adolescentes que relataram comer para aliviar a ansiedade ou algum desconforto emocional estariam incorrendo neste pecado. Sobre a gula podemos citar o apóstolo Paulo no livro bíblico “Primeira epístola aos Gálatas” capítulo 5:

“Ora, as obras da carne são conhecidas, e são: prostituição, impureza, lascívia, idolatria, feitiçaria, inimizades, porfias, ciúmes, iras, discórdias, dissensões, facções, invejas, bebedices, glotonarias, e cousas semelhantes a estas, a respeito das quais eu vos declaro, como já outrora vos preveni, que não herdarão o reino de Deus os que tais cousas praticam” (Gl 5.19-21)

Os evangélicos não classificam os pecados como faz a Igreja Católica Romana, não existindo o conceito de pecado capital. Para estes, a vaidade e a gula seriam pecados como os outros, perdendo em posição apenas para o pecado da blasfêmia contra o espírito santo, para o qual eles afirmam que não há perdão (OLIVEIRA, 1989).

As adolescentes cristãs que apresentassem preocupação excessiva com a imagem corporal, práticas restritivas (por razões estéticas ou emocionais), comportamentos alimentares compulsivos e práticas purgativas estariam pecando, assim, elas seriam “espiritualmente” e socialmente punidas caso realizassem alguma das práticas citadas; desta forma, seguir uma religião de orientação bíblica traria um impedimento para a adolescente exercer estas práticas.

O percentual de adolescentes sem períodos menstruais regulares pode ser considerado elevado (44%), mas é preciso considerar a quantidade de fatores que podem estar influenciando este resultado. Existe a possibilidade de muitos outros problemas orgânicos (sem nenhuma relação com um transtorno alimentar ou qualquer outro tipo de restrição alimentar) estarem também interferindo no ciclo das que já menstruaram; além disso é comum uma irregularidade nos primeiros meses após a menarca.

As adolescentes que se preocupam com a forma do seu corpo apresentaram mais freqüentemente práticas inadequadas para redução de peso. De qualquer maneira, é importante notar que, mesmo entre as adolescentes que não apresentam uma preocupação com a imagem corporal, quase metade ainda gostaria de pesar menos.

Este estudo parece favorecer a hipótese de que “ser magra” é algo desejado de forma generalizada no universo feminino adolescente de Fortaleza, ressaltando que este “ser magra” é ter um peso considerado abaixo do normal para a altura delas. Comparando a situação entre estudantes de colégios públicos e particulares, tem-se que o desejo de ser magra é semelhante, mas as adolescentes de colégios particulares utilizam práticas inadequadas para alcançar este desejo, numa freqüência maior do que as adolescentes de colégios públicos; é possível que esta diferença exista por ocorrer uma maior divulgação neste grupo dos métodos inadequados para controle de peso.

As adolescentes de colégios particulares possuem um maior acesso a informações sobre dietas vindas de revistas e outros meios, assim são mais estimuladas a se voltarem para as práticas restritivas. Estas informações vindas de revistas femininas e mesmo algumas de atividade física são muitas vezes inadequadas e promovem o uso de dietas não balanceadas como forma de se atingir um “corpo ideal” em curto espaço de tempo.

Fazer dieta e restringir certos alimentos é algo que pode estar sendo considerado sem conseqüências nocivas entre as adolescentes. Elas podem estar utilizando as informações que chegam até elas pela mídia de forma fragmentada. Por exemplo, ao escutarem que o alimento ingerido antes de dormir não é queimado pelo organismo tanto quanto aquele que é ingerido durante o dia, elas podem não jantar

por causa disso, mesmo sendo o jantar uma refeição importante. O saber que a retenção hídrica aumenta o peso poderia então levá-las a evitar ao máximo beber líquidos, o que pode ser extremamente prejudicial para o organismo e aumentar ainda mais a retenção hídrica.

Os dados apontaram, também, para a existência de uma desqualificação do possível perigo das práticas alimentares anormais e de controle de peso, desconhecendo-as como algo potencialmente prejudicial para a saúde. A maioria das adolescentes que vomitam, jejuam ou comem compulsivamente acham seus hábitos alimentares normais.

Apesar de ser uma prática restritiva bastante difundida pelos meios de comunicação, as dietas estão em segundo plano em comparação com a quantidade de adolescentes que praticam o jejum para perder peso. O uso do jejum é comumente chamado pelas adolescentes de “fechar a boca”.

Poucas estão fazendo um regime propriamente dito para perder peso, mas é interessante ressaltar que destas, quase metade afirmou ter um IMC “abaixo do normal”. Possivelmente, mesmo estando “cl clinicamente magras” elas ainda sentem que devem perder mais peso para atingir algum ideal de forma corpórea.

Ainda dentro da questão das dietas verificamos também a ocorrência de um sentimento de fracasso para algumas adolescentes quando não são bem sucedidas nas dietas. Este sentimento de fracasso é relatado por muitas pacientes bulímicas na clínica psicoterápica como sendo algo que justifica e confirma o “ceder” às práticas compulsivas. Geralmente o pensamento surge da seguinte forma “se eu sempre fracasso nas dietas então não adianta me controlar, por isso vou comer o tanto que eu puder”, sendo que na compulsão você não come apenas o que quer, este pensamento geralmente é uma tentativa de criar alguma sensação de autocontrole. A quantidade

excessiva de exigências sociais quanto à forma do corpo pode levar facilmente a esta frustração, “liberando-as” para as práticas compulsivas.

Os comportamentos relacionados às práticas alimentares compulsivas se mostraram numa frequência considerável, pois foram muito superiores à prevalência de práticas restritivas entre as adolescentes. Tornam-se necessários outros estudos que caracterizem melhor o quadro clínico do Transtorno do Comer Compulsivo e a sua distribuição na população.

A alimentação foi colocada como tendo também a função de controle emocional; 31,2% afirmaram utilizar a comida para reduzir ansiedade e 17,9% delas se voltavam para a comida com a finalidade de aliviar algum tipo de desconforto. Caso este uso da comida se torne mais frequente e complexo, temos então uma situação extremamente favorável para o surgimento de um transtorno alimentar ou de uma obesidade.

O resultado do EAT-26 apontou que 9% da amostra caracterizam-se como estando em situação de risco e praticante de atitudes alimentares patológicas. Este resultado foi superior ao encontrado pelo BITE, mas existe uma diferença na forma de indicar o risco entre o BITE e o EAT-26 que explica o número maior. O BITE apresenta três graduações de risco enquanto que o EAT-26 tem apenas “normal” e “positivo” como resultados, isso implica que uma parcela das adolescentes que, pelo resultado do BITE estariam numa situação de “risco”, no EAT-26 são classificadas como sendo “positivas” para Transtornos Alimentares. Por isso, neste estudo não consideramos o resultado final do EAT-26 na contagem do risco para Transtornos Alimentares, ficamos apenas com o resultado do BITE.

As variáveis “religião” e “tipo do colégio” onde a adolescente estuda, que no BITE foram significativas para uma maior proporção de adolescentes em situação de risco, não se mostraram significativas para risco no EAT-26.

Os resultados do BSQ indicaram que 36,2% das adolescentes apresentam preocupação com a imagem corporal. Destas, 61% tiveram uma preocupação considerada de grau leve, 26,3% apresentaram uma moderada preocupação e 12,7% apresentaram uma grave preocupação com a imagem corporal; sendo esta preocupação mais freqüente em alunas dos colégios particulares.

Temos assim um quadro onde as práticas de risco, os comportamentos alimentares anormais e a alteração de imagem corporal acontecem numa proporção maior entre as estudantes de colégios particulares.

Estas preocupações com a forma do corpo e o medo de engordar têm um impacto emocional forte nas adolescentes. A insatisfação com a forma do corpo foi relatada pelas adolescentes como sendo um dos motivos que as leva a fazer dietas.

5. CONCLUSÃO

Os resultados apontaram para a possibilidade de existir diferenças entre as cobranças sociais por um corpo magro entre as classes econômicas. Ou seja, os ideais de beleza feminina dos grupos sociais economicamente menos favorecidos seriam diferentes dos padrões e das exigências estéticas dos grupos com melhor situação econômica.

Todas as nossas hipóteses apresentadas foram confirmadas pela análise dos dados levantados.

Pudemos também confirmar uma das questões iniciais desta pesquisa: de que os casos de adolescentes que apresentaram um transtorno alimentar na sua forma clínica, foram um fenômeno raro entre adolescentes de escolas públicas e privadas em Fortaleza, enquanto que os sintomas de transtorno alimentar, em forma isolada ou em pequenos grupos, ocorreram numa frequência relevante entre a população adolescente feminina estudada. Práticas alimentares de risco e comportamentos alimentares anormais foram encontrados tanto em adolescentes que estavam em situação de risco, segundo o BITE, como em adolescentes que não estavam em

situação de risco. Estas práticas e comportamentos também foram encontrados em adolescentes que apresentaram um IMC calculado abaixo do normal.

A constatação de que aspectos como: estado civil, inserção no mercado de trabalho, escolaridade dos pais, etc, não têm relação significativa com a presença de práticas alimentares de risco, o que nos leva a buscar explicações noutras categorias de análise. A forma como os sintomas de Transtorno Alimentar se apresentaram distribuídos entre as adolescentes nos mostra a relevância de uma compreensão da natureza sócio-cultural do problema. Nesse sentido, é pertinente sugerir que aspectos relacionados à busca de um ideal de beleza, aos moldes do que oferece a sociedade de consumo, sejam mais relevantes na determinação de comportamento alimentar inadequado. A literatura já tem apontado nessa direção, como foi demonstrado anteriormente neste trabalho.

A sociedade de consumo não vende apenas o padrão estético de beleza, vende também as “soluções mágicas” que afirmam levar ao belo: laxantes, medicamentos milagrosos, cirurgias, cigarros, academias, dietas sem sentido que vão desde a ingestão indiscriminada do *diet* até o ficar sem comer, etc. Então, não vendem só a moda da roupa justa e/ou seminua que obriga a ter um corpo em forma (ou mesmo desnutrido), mas vendem a moda do comportamento alimentar, que dita o que comer e quando comer, o que é normal ou não como prática alimentar.

No caso específico de Fortaleza, um fator precisa ser considerado: é uma cidade que, por suas peculiaridades, pode induzir ainda mais à busca de um determinado padrão estético. O clima é verão o ano inteiro associado ao fato de termos uma cultura de cidade praiana. Neste caso, para as adolescentes, a necessidade de se estar em boa forma física é uma presença constante, exigindo uma

preocupação com o controle do peso, que é provavelmente maior do que em cidades onde essas variáveis geográficas e culturais não estão presentes.

Um fenômeno preocupante é o fato das adolescentes que exercem práticas restritivas, em sua maioria, perceberem seus hábitos alimentares como normais, o que pode estar sendo traduzido por elas como “não problemáticos”. Isto pode sugerir que a desconsideração do potencial nocivo das práticas irregulares de alimentação torna o comportamento que apresenta riscos para a saúde, em algo sem maiores repercussões, fazendo com que essas adolescentes não percebam seus hábitos alimentares de risco como um problema que pode afetar a saúde. A negação do risco para a saúde destas práticas é algo comum entre adolescentes que apresentam algum transtorno alimentar, principalmente no caso da anorexia nervosa.

O desconhecimento das adolescentes sobre as conseqüências dessas práticas de risco pode estar contribuindo para esta banalização. E aqui está o grande problema e, talvez, um desafio posto aos profissionais de saúde e de educação que trabalham com as adolescentes: promover uma revisão crítica sobre os valores estéticos impostos pela mídia e uma orientação nutricional que promova a saúde.

Recomenda-se uma revisão crítica da forma como a alimentação é tratada dentro dos colégios, seja de forma teórica, através de programas de orientação nutricional, ou de forma prática, revendo o tipo de alimentação oferecido pelas escolas e em suas residências.

Temos que considerar também que o desconhecimento das adolescentes sobre as conseqüências dessas práticas de risco pode estar contribuindo para esta banalização. O comportamento de restrição de quase todo carboidrato da alimentação ou a eliminação de uma das refeições principais do dia, entre outras práticas, como

uma forma de “fazer dieta”, sem indicar ter conhecimento dos danos para a saúde decorrentes de tal atividade foi encontrado em uma boa parte da amostra.

Diante do que encontramos, não é possível tratar os transtornos alimentares apenas de modo pontual, ou seja, cuidar daqueles que apresentam o problema de forma definida, enquadrada de acordo com os critérios diagnósticos, esquecendo que, atualmente, o problema da valorização excessiva da magreza é uma questão de natureza cultural. Não basta apenas cuidar daquelas que se classificam como “risco”, torna-se necessário também prevenir o problema começando pela educação dos adolescentes e jovens, principalmente mulheres, no sentido destes perceberem suas práticas inadequadas de alimentação como de fato ele é: um problema de saúde ocasionado por uma cultura onde se trata o corpo como um produto de consumo, que qualquer um pode obter independentemente de suas limitações genotípicas.

Acreditamos que uma formação educacional voltada para uma crítica permanente dos valores e práticas sociais se apresenta como algo fundamental para a capacitação das adolescentes para o enfrentamento das imposições culturais de consumo. O sistema educacional e os profissionais de saúde devem mostrar para as adolescentes como não “engolirem” passivamente os valores distorcidos e inatingíveis apresentados a estas como mercadorias inócuas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Associação Americana de Psiquiatria (AAP). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Abuchaim ALG. Aspectos Históricos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa. In: Abuchaim ALG, Appolinário JC, Nunes MAA, Coutinho W, et al, editors. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 13-20.
- Abuchaim ALG, Azevedo AMC. Bulimia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico. In: Abuchaim ALG; Appolinário JC; Nunes MAA, Coutinho W, et al, editors. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 31-9.
- Appolinário JC, et al. O Transtorno do Comer Compulsivo no Consultório Endocrinológico. *Jornal Brasileiro de psiquiatria* 1995;44:46-9.
- Appolinário JC. Transtorno do Comer Compulsivo. In: Abuchaim ALG, Appolinário JC, Nunes MAA, Coutinho W, et al, editors. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 40-6.
- Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos Alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22 (supl II):28-31.
- Behar R. Roles Genéricos y Anorexia Nervosa. *Acta psiquiát psicol Am lat* 1992;38 (2):119-22
- Bíblia Sagrada. São Paulo: Editora “Ave Maria” Ltda. 53ª edição, 1986.
- Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Editora Ática. 12ª Edição. 1999.
- Codo W, Senne WA. O que é Corpo(latria). São Paulo: Brasiliense; 1985.
- Cordás TA. Quando o Medo de Ficar Gordo Vira Doença: Anorexia e Bulimia. In: Cordás TA, et al, editors. Fome de Cão. São Paulo: Editora Maltese; 1993. p. 17-28.
- Cordás TA, Castilho S. Imagem Corporal nos Transtornos Alimentares – Instrumento de Avaliação: “Body Shape Questionnaire”. *Psiquiatria Biológica* 1994;2(1):17-21.

- Cordás TA. Avaliação da Eficácia Terapêutica de Dois Modelos de Atendimento em Bulimia Nervosa [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.
- Cordás TA, et al. Anorexia e Bulimia: O que são? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- Cordás TA, Neves JEP. Escalas de Avaliação de Transtornos Alimentares. Rev Psiquiátr Clin 1999;26(1) Edição Especial.
- Costa JV, Azevedo R. Complicações Clínicas da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa. In: Abuchaim ALG, Appolinário JC, Nunes MAA, Coutinho W, et al, editors. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 181-96.
- Claudino AMA, et al. Programa de Transtornos Alimentares do departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica UNIFESP/EPM. Psychiatry On-Line Brazil Current Issues 1996.
- Cullberg J, Engstrom-Lindberg M. Prevalence and Incidence of Eating Disorders in a Suburban Area. Acta Psychiatr Scand 1998;78:314-9.
- Fleitlich BW. O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. Pediatria Moderna 1997;32 (1/2):56-62.
- Folha de São Paulo. Jovens do RS comem mal, diz estudo. 1997 Set 17; p. 03.
- Garner DM, Friedman LL. Distúrbios da Alimentação. In: Dattilio FM, Freeman A, editors. Estratégias Cognitivo-Comportamentais para Intervenções em Crise. vol. 1. Campinas: Editorial Psy; 1995.
- Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med 1979;9 (2):273-9.
- Garner DM; Olmsted MP; Bohr Y; Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med 1982;12 (4):871-8.
- Goldbloom DS, Garfinkel PE. Transtornos Alimentares: Anorexia nervosa e Bulimia Nervosa. In: Garfinkel PE, Carlson, Weller, editors. Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência vol. 1. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria. 7ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Marcondes JAM. Dietas: Modismo ou Saúde? In: CORDÁS, Táki Athanássios, et al, editors. Fome de Cão. São Paulo: Editora Maltese; 1993. p. 63-74.
- Moore DC. Body Image and Eating Behavior in Adolescent Girls. Am J Dis Child 1988;142 (10):1114-8.

- Moschetta GH, Cordioli AV. Anorexia Nervosa: uma discussão etiológica. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre* 1985;5 (2):111-5.
- Nappo SA. Consumo de anorexígenos tipo-anfetamina (dietilpropiona, fenproporex, mazindol) e de fenfluramina no Brasil: prejuízo ou benefício para a saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1992;41 (8):417-21.
- Nunes MAA. O teste de atitudes alimentares (EAT-26) em adolescentes de Porto Alegre. *Arquivos: de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise* 1994;1:132-7.
- Nunes MAA. Prevalência de Comportamentos Alimentares Anormais e Práticas Inadequadas de Controle de Peso em Mulheres de 12 a 21 anos em Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal de Pelotas; 1997.
- Nunes MAA, Ramos DC. Anorexia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico. In: Abuchaim ALG, Appolinário JC, Nunes MAA, Coutinho W, et al, editors. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 21-30.
- Nunes MAA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiq* 2001;1 (23):21-7.
- Oliveira RF. *Anjos, Homem e Pecado: O Relacionamento das Criaturas com O Criador*. Campinas: Escola de educação Teológica das Assembléias de Deus. 2ª edição. 1989.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. *Medicina, Ribeirão Preto* 1998;31:45-53.
- Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 2004, vol.9, no.1, p.43-55.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA (SBPC). *Programa de Educação Sanitária em Transtornos Alimentares*. 1993.
- Tapia P. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: Clínica e Epidemiologia de 90 Casos. *Revista de Psiquiatria Clínica de Santiago de Chile* 1996;33:17-32.
- Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev. Saúde Pública*, ago. 2003, vol.37, no.4, p.440-445.

ANEXOS

Folha de Rosto do Instrumento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Comportamento Alimentar e Práticas para Controle de Peso
entre Adolescentes de Fortaleza

Caro Estudante,

Esta pesquisa tem por objetivo promover um melhor conhecimento sobre sua forma de se relacionar com o peso corporal e com os métodos para controlar o peso. Este questionário será aplicado em estudantes do 2º ano do segundo grau de escolas públicas e particulares no município de Fortaleza.

Para que este estudo realmente expresse a sua opinião, e muito importante que você responda cada questão de forma sincera.

Este questionário é TOTALMENTE ANÔNIMO, ou seja, em nenhum momento iremos anunciar o nome ou outra identificação que indique que você participou desta pesquisa. Isto é importante para proteger o seu direito à privacidade. E as questões são confidenciais, por favor não divulgue suas respostas para os colegas.

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE
MUITO OBRIGADO !

Eu, _____, autorizo a utilização das minhas respostas neste questionário para fins de pesquisa acadêmica.

Caso você queira mais informações sobre esta pesquisa ou sobre o assunto discutido entre em contato conosco, o telefone é 261.3454, o e-mail é amov@tutopia.com.br

5. Você já jejuou por um dia inteiro?

Sim (1) Não (0)

*6. Se já jejuou, qual a frequência?

dias alternados (5) de vez em quando (2) 2 a 3 vezes por semana (4)

somente 1 vez (1) 1 vez por semana (3)

*7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?

Tomar Comprimidos Nunca (0) De vez em quando (2) 1x/sem (3) 2 a 3x/sem (4) Diariamente (5) 2 a 3x/dia (6) mais de 5x/dia (7)

Tomar Diuréticos Nunca (0) De vez em quando (2) 1x/sem (3) 2 a 3x/sem (4) Diariamente (5) 2 a 3x/dia (6) mais de 5x/dia (7)

Tomar Laxantes Nunca (0) De vez em quando (2) 1x/sem (3) 2 a 3x/sem (4) Diariamente (5) 2 a 3x/dia (6) mais de 5x/dia (7)

Vomitar Nunca (0) De vez em quando (2) 1x/sem (3) 2 a 3x/sem (4) Diariamente (5) 2 a 3x/dia (6) mais de 5x/dia (7)

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?

Sim (1) Não (0)

9. Você poderia dizer que a comida dominou a sua vida?

Sim (1) Não (0)

10. Você come sem parar até ser obrigado(a) a parar por sentir-se mal fisicamente?

Sim (1) Não (0)

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

Sim (1) Não (0)

12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho(a)?

Sim (1) Não (0)

13. Você sempre pode parar de comer quando quer?

Sim (0) Não (1)

14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?

Sim (1) Não (0)

15. Quando você sente-se ansioso(a), você tende a comer muito?

Sim (1) Não (0)

16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?

Sim (1) Não (0)

17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?

Sim (1) Não (0)

18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares?

Sim (1) Não (0)

19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?

Sim (1) Não (0)

20. Você se volta para a comida para aliviar algum tipo de desconforto?

Sim (1) Não (0)

21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição?

Sim (0) Não (1)

22. Você engana os outros sobre quanto come?

Sim (1) Não (0)

23. A quantidade que você come é determinado pela fome que você sente?

Sim (0) Não (1)

24. Você já teve episódios exagerados de alimentação?

Sim (1) Não (0)

5.jejum
6.Freje
7. estrat () obs: inserir total
7.2 comp ()
7.3 diure ()
7.4 lax ()
7.5 vomit ()
8.alivid
9.domvid
10.comse
11.penco
12.exso
13.podepa
14.inco
15.ansic
16.fatap
17.corap
18.vegal
19.preco
20.codes
21.compt
22.enga
23.comfom
24.exali

25. Se sim, estes episódios deixaram você sentindo-se mal?

Sim (1) Não (0)

26. Se você tem estes episódios, eles ocorrem só quando você está sozinho(a)?

Sim (1) Não (0)

frequência*27. Se você tem estes episódios, qual a frequência?

quase nunca (1) 1 vez por mês (2) 1 vez por semana (3)
 2 a 3 vezes por semana (4) diariamente (5) 2 a 3 vezes por dia (6)

28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?

Sim (1) Não (0)

29. Se você come demais, você se sente muito culpado(a)?

Sim (1) Não (0)

30. Você já comeu escondido(a)?

Sim (1) Não (0)

31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normal?

Sim (0) Não (1)

32. Você se considera alguém que come compulsivamente?

Sim (1) Não (0)

33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana?

Sim (1) Não (0)

25.epima
26.apsoz
27.freque
28.ultc
29.comcu
30.coes
31.habno
32.comco
33.flut

Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

1. Costumo fazer dieta. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	1cosdie 1 2 3 4 5 6
2. Como alimentos dietéticos. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	2comdi 1 2 3 4 5 6
3. Sinto-me mal após comer doces. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	3maldoc 1 2 3 4 5 6
4. Gosto de experimentar novas comidas que engordam. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	4expeng 1 2 3 4 5 6
5. Evito alimentos que contenham açúcar. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	5avoid 1 2 3 4 5 6
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.). <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	6avocar 1 2 3 4 5 6
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a). <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	7prede 1 2 3 4 5 6
8. Gosto de estar com o estômago vazio. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	8estvaz 1 2 3 4 5 6
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	9excal 1 2 3 4 5 6
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	10cucom 1 2 3 4 5 6
11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	11appeso 1 2 3 4 5 6
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	12gocor 1 2 3 4 5 6
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	13seica 1 2 3 4 5 6
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	14vovom 1 2 3 4 5 6
15. Vomito depois de comer. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	15vomit 1 2 3 4 5 6
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	16comde 1 2 3 4 5 6
17. Passo muito tempo pensando em comida. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	17pescom 1 2 3 4 5 6
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	18preoc 1 2 3 4 5 6
19. Sinto que a comida controla a minha vida. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	19contro 1 2 3 4 5 6

20. Corto minha comida em pedaços pequenos. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	20pepeq 1 2 3 4 5 6
21. Levo mais tempo que os outros para comer. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	21temp 1 2 3 4 5 6
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	22demais 1 2 3 4 5 6
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	23mais 1 2 3 4 5 6
24. Sinto que os outros me pressionam a comer. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	24presco 1 2 3 4 5 6
25. Evito comer quando estou com fome. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	25evifo 1 2 3 4 5 6
26. Demonstro autocontrole em relação à comida. <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	26auto 1 2 3 4 5 6

Questionário de Imagem Corporal (BSQ)

“Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas QUATRO SEMANAS. Por favor leia cada questão e faça uma marca no local apropriado.”

“Por favor, responda todas as questões.” NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS:

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	1tedio 6 5 4 3 2 1
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	2forma 6 5 4 3 2 1
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	3coxas 6 5 4 3 2 1
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	4medo 6 5 4 3 2 1
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	5firme 6 5 4 3 2 1
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	6satis 6 5 4 3 2 1
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	7chorar 6 5 4 3 2 1
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	8balan 6 5 4 3 2 1
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	9magra 6 5 4 3 2 1
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem se espalhar quando você se senta? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	10senta 6 5 4 3 2 1
11. Você já se sentiu gorda mesmo comendo uma pequena quantidade de comida? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	11peque 6 5 4 3 2 1
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	12repar 6 5 4 3 2 1
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste televisão, lê ou escuta uma conversa)? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	13conce 6 5 4 3 2 1
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	14banho 6 5 4 3 2 1
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	15roupa 6 5 4 3 2 1
16. Você se imaginaria cortando fora porções de seu corpo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	16cort 6 5 4 3 2 1
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	17calgo 6 5 4 3 2 1

18. Você já deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	18eveso 6 5 4 3 2 1
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	19grande 6 5 4 3 2 1
20. Você já teve vergonha do seu corpo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	20vecor 6 5 4 3 2 1
21. A preocupação frente ao seu físico lhe leva a fazer dieta? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	21predi 6 5 4 3 2 1
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	22vazio 6 5 4 3 2 1
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	23atual 6 5 4 3 2 1
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	24dobra 6 5 4 3 2 1
25. Você acha injusto que outras mulheres sejam mais magras do que você? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	25just 6 5 4 3 2 1
26. Você já vomitou para se sentir mais magra? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	26voma 6 5 4 3 2 1
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	27espac 6 5 4 3 2 1
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	28sudob 6 5 4 3 2 1
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	29refle 6 5 4 3 2 1
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	30beli 6 5 4 3 2 1
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, praia, vestiários ou banhos de piscina)? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	31ver 6 5 4 3 2 1
32. Você toma laxantes para se sentir mais magra? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	32lax 6 5 4 3 2 1
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	33pesso 6 5 4 3 2 1
34. A preocupação com seu físico lhe faz sentir que deveria fazer exercícios? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Muito Frequentemente Frequentemente Frequentemente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca	34exer 6 5 4 3 2 1

Artigo Produzido com os Dados do BITE

Comportamento de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sócio-econômicos

Risk behavior for eating disorders among female adolescents from different social and economic status

- Antonio Maia Olsen do Vale (amov76@gmail.com)

Mestre em Saúde Pública pela UFC.

Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. (Rua Professor Costa Mendes, 1608 – 5º andar – Rodolfo Teófilo – CEP. 60431770)

Autor responsável pela correspondência.

- Lígia Regina S. Kerr Pontes (ligia@ufc.br)

Doutora em Medicina Preventiva pela USP.

Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. (Rua Professor Costa Mendes, 1608 – 5º andar – Rodolfo Teófilo – CEP. 60431770).

- Subvencionado pelo CNPq
- Conflitos de interesses inexistentes
- Baseado em dissertação de mestrado de título “Comportamento Alimentar Anormal e Práticas Inadequadas para Controle de Peso entre Adolescentes do Sexo Feminino de Escolas Públicas e Privadas de Fortaleza”, do ano de 2002, defendida no Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará.

Objetivo: Caracterizar as práticas alimentares e os possíveis fatores de risco associados aos Transtornos Alimentares, entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza-CE.

Métodos: Estudo transversal, com 652 estudantes secundaristas adolescentes (14 a 20 anos). Utilizou-se o “Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo”. Foi aplicado um modelo de regressão logística para acessar o efeito independente das variáveis estimadas.

Resultados: Quase um quarto das participantes está em situação de risco, em 1,2% foram encontrados indicativos para a ocorrência de um transtorno do comportamento alimentar. A proporção de adolescentes que apresentaram práticas de risco foi superior nas escolas particulares ($p < 0,05$). Medo de engordar foi relatado por 62% das adolescentes independentemente de estudarem em colégios públicos ou particulares ($p > 0,05$).

Discussão: Estudantes de colégios públicos e particulares apresentam um desejo de ser magra semelhante, mas as adolescentes de colégios particulares utilizam mais freqüentemente práticas inadequadas para alcançar este desejo, assim, é possível que “ser magra” para as adolescentes com melhores condições econômicas seja mais passível de se concretizar. A maioria das estudantes desconsiderou as práticas alimentares de controle de peso como sendo algo potencialmente prejudicial para a saúde.

Conclusão: Adolescentes apresentando todos os critérios diagnósticos para caracterizar um transtorno alimentar foi uma ocorrência rara em escolas públicas e privadas de Fortaleza. Entretanto, os comportamentos de risco para a ocorrência de um transtorno alimentar se apresentaram em um quarto da população estudada.

Descritores: Transtornos alimentares, adolescência, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar.

ABSTRACT

Background: Characterize eating practices and risk factors associated with Eating Disorders, amongst female adolescents from Fortaleza-CE, Brazil.

Methods: transversal study, with 652 women between 14 and 20, students from the second year of middle-level education. The “Bulimic Investigation Test Edinburgh” was used. A logistic regression model was applied to access the independent effect of the estimated variables.

Results: Almost a quarter of the participants are at risk situation and 1.2% showed a strong possibility of suffering from an eating disorder. The proportion of adolescents which demonstrated high-risk behavior was greater in private schools ($p < 0.05$). Fear of becoming obese was reported by 62% of adolescents independent of their studying at public or private schools ($p > 0.05$).

Discussion: Students from public and private schools showed a similar desire to be thin, but adolescents from private schools more frequently used inappropriate behavior to attain that goal, thus, it is possible that “being thin” for adolescents with greater economic status is more likely to come about. It was found that weight control eating practices considered banal, which may become potentially hazardous for subjects’ health.

Conclusions: Students from public and private schools showed a similar desire to be thin, but adolescents from private schools more frequently used inappropriate behavior to attain that goal, thus, it is possible that “being thin” for adolescents with greater economic status is more likely to come about. Most of them did not consider weight control eating practices as something potentially harmful for health.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia.

INTRODUÇÃO

Na cultura ocidental moderna, a preocupação das mulheres com o peso corporal apresenta-se como uma questão de base cultural (1), que transversaliza diferentes segmentos sociais. Tal preocupação, não raro, distancia-se de um cuidado com a saúde ou de uma preocupação com os males do excesso de gordura, podendo ser entendida como expressão - com reflexos no plano biológico - de disputas mercadológicas que se estabelecem no contexto social (2).

A *indústria da magreza* gera lucro para os mais diversos grupos econômicos (empresas de produtos alimentares, indústria têxtil, indústria farmacêutica, mídia, etc), que se sustentam através da constante busca das mulheres por um corpo que seja socialmente considerado belo (2). Estes grupos econômicos precisam, para sobreviver, de um mercado consumidor ativo e em constante necessidade de novos produtos. Através de meios de comunicação se cria uma imposição sócio-cultural mantida por uma "indústria do belo" que difunde a idéia de que uma mulher, para ser bonita e aceita socialmente, precisa ser (muito) magra, levando especialmente as adolescentes aos, assim denominados, *comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso* a fim de atingirem um ideal de peso determinado por contingências sociais e ontológicas que podem ocasionar uma grande e perigosa quantidade de complicações orgânicas e comportamentais uma vez que negligencia-se o que a literatura científica denomina *setting point* (3;4). Dentre estas complicações temos os transtornos do comportamento alimentar (TCA), que assim se classificam: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno do comer compulsivo e, dependendo da classificação utilizada, existe ainda o transtorno alimentar não especificado. (3-5)

A população feminina adolescente e jovem adulta, entre 12 a 28 anos, é a mais atingida por este problema, numa proporção que chega a 20 casos em mulheres para cada caso em homens (3). Estudos epidemiológicos realizados nos EUA apresentam relatos de que até 4% da população de estudantes adultas jovens apresentam algum tipo de transtorno alimentar (6).

Um estudo realizado nos Estados Unidos, com uma amostra de 854 adolescentes com idades de 12 a 23 anos, que eram acompanhadas em uma clínica ambulatorial militar para adolescentes, encontrou que 67% delas não estavam satisfeitas com o seu peso e 54% não gostavam da sua forma corporal. Episódios de comer compulsivo ocorriam em 30,4% da amostra. Práticas nocivas para controle de peso também foram encontradas: 38,2% faziam dietas, 30,2% praticavam o jejum, 8,5% vomitavam, 9,5% usavam estimulantes para diminuir o apetite e aumentar a queima calórica do metabolismo, 3,3% usavam laxantes e 6,2% usavam diuréticos (7).

Em Porto Alegre (RS), foi realizado um estudo de prevalência com 513 mulheres jovens entre 12 e 29 anos, onde se constatou que o número de mulheres com hábitos alimentares inadequados em função da estética é tão grande na capital gaúcha quanto em países desenvolvidos, como EUA e Inglaterra (4). Confrontando os dados desses países, o estudo mostra que, entre 6,2% e 7,5% das mulheres usam laxantes nos EUA, em Porto Alegre, o índice atinge 8,5%. Os anorexígenos são usados por 3,4% das adolescentes norte-americanas e por 5,1% das mulheres de Porto Alegre. Na Inglaterra, oito estudos mostram que 2,4% das mulheres recorrem à prática de vômitos auto-induzidos, nos EUA o índice é de 0,5% e em Porto Alegre atinge 1,4% (4).

No Nordeste, até o presente momento, não existiam estudos com amostras representativas descrevendo a ocorrência destes comportamentos

alimentares danosos. A carência econômica de grande parte da população e os valores culturais que normatizam tradicionalmente a forma como o nordestino se relaciona com a comida e com o peso são fatores que podem diferenciar a maneira como os TCA ocorrem nas adolescentes. Por outro lado, a dissolução das fronteiras culturais e a homogeneização de valores dela resultante, sobretudo no que se refere ao corpo e à alimentação, relativizam essas premissas, o que justifica um estudo, pioneiro, nesta temática na referida região.

Tendo em vista essas singularidades, o objetivo principal desta pesquisa foi caracterizar a ocorrência de comportamentos e práticas alimentares inadequados de controle de peso, e os fatores de risco que levam a estes comportamentos, entre estudantes adolescentes do sexo feminino da rede pública e privada de ensino no Município de Fortaleza.

Método

Realizou-se um estudo transversal, sendo a população de referência composta por informantes na faixa etária de 14 a 20 anos de idade, estudantes de escolas públicas (estaduais e municipais) e particulares no município de Fortaleza., cursando, no momento do estudo, o segundo grau.

A amostra estatisticamente significativa foi escolhida de forma estratificada dentre a população descrita. Para localizar a população e determinar o tamanho da amostra realizou-se um levantamento junto à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza, à Secretaria de Educação do Estado do Ceará e ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) de modo a localizar os estabelecimentos de ensino.

Para realizar o cálculo do tamanho amostral, na ausência de estudos que definissem a prevalência do problema na população focalizada, considerou-se que a chance de alguma das alunas ter comportamentos alimentares anormais ou práticas inadequadas de controle de peso foi de 33,7%; baseando-se no primeiro estudo brasileiro de base populacional realizado por NUNES (4) em Porto Alegre, com um intervalo de confiança de 5% e erro amostral de 3,9%, sendo acrescentado mais 15% ao valor encontrado para compensar possíveis perdas. Desta forma, adotou-se o valor amostral de 633 adolescentes como mínimo, embora, ao final da coleta dos dados, a amostra tenha abarcado 652 adolescentes. Tal fato se explica pela opção de aplicar o questionário em toda a sala de aula selecionada, tendo o número final excedido um pouco a amostra mínima.

Em relação ao tipo de estabelecimento, destas, 63,7% estudavam em colégios públicos enquanto que 36,3% em colégios particulares.

O estrato das alunas de colégio particular foi previamente dividido em três níveis sócio-econômicos, tendo como critério o valor da mensalidade cobrado pelas escolas à época. Os estratos de escolas particulares nível A (mensalidades maiores que \$ 93,5 dólares), Nível B (mensalidades entre \$ 52,7 e \$ 93,5 dólares) e Nível C (mensalidades menores do que \$ 52,7 dólares) tiveram 33,3%, 38,9% e 27,8% de participação respectivamente. (para o período o dólar estava em R\$ 2,50 e o salário mínimo \$ 72 dólares; fonte: Banco Central do Brasil).

Após o número de alunas da amostragem ser definido por estrato, realizou-se o sorteio das escolas públicas e particulares. A princípio foi sorteada uma escola de cada estrato; caso esta escola não tivesse o número de alunas suficiente para compor a amostra especificada do estrato, ou a escola recusasse a permissão para aplicação do instrumento, era sorteada outra escola, e assim sucessivamente, até ser atingido o mínimo exigido de alunas por cada estrato. Durante o sorteio das

escolas, adotou-se como critério de exclusão, não aceitar duas escolas do mesmo estrato no mesmo bairro, fazendo-se, nesses casos, a inclusão. Ao final, foram coletados dados de 14 escolas, sendo 4 particulares e 10 públicas.

Como instrumento para coleta dos dados utilizou-se um inventário e um questionário com perguntas para a caracterização das entrevistadas. A participação na pesquisa se deu após autorização de um responsável pelas alunas.

O inventário utilizado foi o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE) (8), em sua versão para o português (3;9). Este teve como função levantar práticas inadequadas de controle de peso, comportamentos compulsivos ou restritivos e sua gravidade. O BITE apresenta como resultados finais duas escalas, uma de sintomas e outra de gravidade. A escala de sintomas apresenta três resultados possíveis: 1) a situação chamada pela literatura de “ausência de risco” (score < 10) para o desenvolvimento de transtornos alimentares; 2) “situação de risco” (score \geq 10 e menor que 20) para o desenvolvimento de transtornos alimentares, que sugere um padrão alimentar não usual sem estarem presentes todos os critérios para um transtorno alimentar; 3) “situação de transtorno alimentar” (scores de 20 até o máximo de 30), onde se caracteriza a presença de comportamento alimentar compulsivo e uma grande possibilidade de bulimia. Já a escala de gravidade apresenta três possibilidades de resultados: 1) gravidade leve (menos de 5 pontos); 2) gravidade moderada (de 5 a 9 pontos); 3) gravidade severa (a partir de 10 pontos).

A coleta dos dados teve uma duração total de seis meses contando com a participação de três entrevistadores, alunos da Faculdade de Medicina da UFC, para a aplicação do instrumento nas instituições. Funcionários das próprias instituições de ensino também participaram em conjunto com os entrevistadores. O controle de qualidade foi feito pelo coordenador da pesquisa, que entrou em contato com todas

as escolas para verificar o modo como os dados foram colhidos em sala de aula, sendo também responsável pela checagem de cada um dos instrumentos preenchidos.

Para a análise univariada das variáveis nominais foram utilizados o Teste Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher quando necessário. Utilizou-se, ainda, o Índice de correlação de Spearman e o teste de Wilcoxon para variáveis contínuas. As variáveis associadas aos transtornos alimentares na análise bivariada (nível de significância 15%) foram introduzidas num modelo de regressão logística para acessar seu efeito independente, permanecendo no modelo final aquelas com significância menor que 5%.

RESULTADOS

A média de idade das alunas foi de 16,7 anos de idade e desvio padrão de 1,05 anos. Tanto a altura quanto o peso das adolescentes não foram aferidos com instrumentos, durante a coleta de dados nos colégios. Isso aconteceu porque o levantamento destes dados com instrumentos (balanças, fitas métricas, etc) iria tornar esta coleta muito mais demorada, o que provavelmente inviabilizaria a permissão dos colégios para a realização desta pesquisa em suas dependências. Portanto, todos os dados sobre altura, pesos e, conseqüentemente, IMC (Índice de Massa Corpórea) são baseados apenas nos valores informados pelas adolescentes.

O IMC referido calculado com base nos relatados escritos das alunas variou de 13,4 kg/m² (“abaixo do normal”) a 57 kg/m² (10), com média de 20,5 kg/m² (“normal”) e desvio padrão de 3,3 kg/m². Para 48,1% (n=614) calculou-se um IMC abaixo do normal, para 46,6% calculou-se um IMC normal, para 4,2% calculou-se um IMC indicando sobrepeso e para 1,1% calculou-se um IMC de obesidade. Não houve diferença significativa quanto a este IMC para as alunas de

colégios públicos e particulares ($p>0,05$). Também não foi encontrada diferença significativa quanto ao IMC calculado entre os três estratos de colégios particulares ($p>0,05$).

As adolescentes foram questionadas sobre qual o peso que elas considerariam ideal para si próprias, considerando suas alturas. Este dado permitiu calcular qual IMC elas tinham como meta a ser alcançada ou mantida, independente de qual fosse o seu peso corpóreo real. Este IMC “desejado” ($n=584$) teve média de $20,1 \text{ kg/m}^2$, amplitude de $12,8 \text{ kg/m}^2$ a 56 kg/m^2 e desvio padrão de $2,7 \text{ kg/m}^2$. Metade das adolescentes ($50,5\%$) gostaria de ter um peso que as situaria na faixa de “abaixo do normal”, $47,8\%$ indicou um peso desejado que as situa na faixa “normal”, 1% desejou um peso que aponta para a faixa “sobrepeso” e $0,7\%$ relatou querer ter um peso que as situa na faixa “obesidade”. Utilizando o teste Wilcoxon, comparou-se as diferenças entre o IMC calculado e IMC ideal, calculados com base nos pesos referidos e desejados, e encontrou-se que a diferença entre os dois foi significativa ($p<0,001$), sendo os resultados do IMC calculado maiores do que os do IMC desejado em $44,5\%$ dos casos, o que significa que estas adolescentes gostariam de ter um IMC menor do que aquele calculado a partir do peso relatado, indicando um desejo de emagrecer.

O principal resultado do BITE é a sua escala de sintomas. Através dela, encontramos que $25,2\%$ delas está em situação de risco, ou seja, apresentaram um padrão alimentar não-usual e utilizaram-se de práticas danosas para o controle de peso, mas não preencheram todos os critérios para um transtorno alimentar. Em $1,2\%$ da amostra foram encontrados indícios suficientes para indicar uma grande possibilidade de estar ocorrendo um transtorno alimentar.

A segunda e última escala do BITE é a Escala de Gravidade . Nesta escala, 91,1% não apresenta sinal de gravidade, 8% apresenta gravidade significativa e 0,9% indicou uma gravidade intensa nos sintomas.

A proporção de adolescentes que têm práticas de risco foi significativamente superior nas escolas particulares ($p < 0,01$). Não houve diferença de proporção entre os 3 estratos de colégios particulares tanto na escala de sintomas ($p > 0,05$) quanto na escala de gravidade ($p > 0,05$) (tabela 01).

No modelo de regressão logística, não ter uma religião e estudar em colégio particular se apresentaram como condições que aumentaram o risco para a presença de práticas e comportamentos alimentares anormais (Tabela 02).

Ao serem questionadas sobre como se avaliam quanto ao peso atual, a maioria das adolescentes (65,7% / $n=646$) declarou que se sente com um peso “médio”, 16,4% declararam se sentir “abaixo do peso”, 13,6% se sentiam “gorda”, 2,5% afirmaram se sentir “muito abaixo do peso” e 1,9% relataram se sentir “muito gorda”. Um dado interessante foi que 4,8% ($n=292$) das adolescentes que apresentaram um IMC calculado “abaixo do normal” consideraram-se como sendo “gordas” ou “muito gordas”; entre as adolescentes que apresentaram IMC calculado na faixa “normal” este fenômeno foi mais expressivo , 23,1% ($n=285$) consideraram-se como sendo “gordas” ou “muito gordas”. Além disso, a proporção de adolescentes apresentando práticas de risco foi maior nos grupos das que relataram se sentir “gordas” ou “muito gordas” ($p < 0,001$)., ratificando os achados de estudos como o de NUNES (4), que apontam que "sentir-se gorda" independente do fato de ser gorda apresenta forte associação com presença de Transtornos do Comportamento Alimentar (TCA).

A maior parte (77,2% / $n=647$) das adolescentes nunca procurou orientação profissional para fazer regime ou ser esclarecida sobre alguma questão

nutricional. Além disso, a proporção de alunas de colégios particulares que procurou orientação profissional para fazer regime ou ser esclarecida (33,1%) foi significativamente superior à proporção de alunas de colégios públicos (16,8%) que fez o mesmo ($p < 0,001$), possivelmente, pela maior facilidade de acesso a serviços especializados..

Estar seguindo uma dieta rígida foi relatado por 4% ($n=646$) das adolescentes. Destas, 48% ($n=25$) referiram um peso cujo IMC calculado foi “abaixo do normal”. Foi encontrado também que 9,7% da amostra nunca realiza uma das principais refeições do dia.

Dentre as práticas restritivas, o jejum por um dia inteiro é a mais conhecida, e a distribuição desta prática entre colégios públicos e particulares foi semelhante ($p > 0,05$). Mesmo entre aquelas que relataram estar com peso cujo IMC calculado foi “abaixo do normal” encontrou-se que 22,6% delas jejuam. Verificou-se, também, o uso de comprimidos para perder peso, diuréticos, laxantes e vômitos (tabela 03).

Foi questionado se o padrão de alimentação prejudicava severamente a vida delas e 15% ($n=645$) disseram que sim. A maioria destas que afirmaram “sim” (52,6% / $n=95$) considera seus hábitos alimentares normais ($p < 0,001$), mesmo se sentindo prejudicadas.

Na amostra, 31,2% ($n=644$) relataram que, quando se sentem ansiosas, tendem a comer muito. Questionou-se se elas procuravam a comida com a finalidade de aliviar algum tipo de desconforto e 17,9% afirmaram que sim ($n=642$). Explorou-se, ainda, a ocorrência de comportamentos indicadores de compulsão alimentar (tabela 04).

O medo de engordar foi relatado pela maioria das adolescentes (62% / $n=645$) e não foi possível afirmar que houve diferença significativa na distribuição

disto entre os colégios públicos e particulares ($p>0,05$). Em todas as faixas de IMC calculado, o número de adolescentes que apresentavam medo de engordar foi superior ao das adolescentes que afirmaram não ter esta preocupação ($p<0,01$), isso indica que, independentemente do peso que as adolescentes acreditem ter, o medo de engordar é sempre presente para a maioria delas, corroborando autores que apontam a fobia a gordura como uma marcante tendência das culturas atuais (1). Nas três faixas da escala de risco do inventário BITE, também aconteceu o mesmo evento ($p<0,001$).

Entre as que se encontram em situação de risco, a maioria (56,4% / $n=163$) considera seus hábitos alimentares normais. Entre aquelas que se avaliam como alguém que come compulsivamente, 71,4% ($n=84$) consideram seus hábitos alimentares normais. A maioria das que apresentam o hábito de praticar o jejum para controle de peso, (68,3% / $n=120$) considera seus hábitos alimentares normais. Para as adolescentes que vomitam habitualmente, 61,8% ($n=34$) consideram seus hábitos alimentares normais. Entre as que usam laxantes, usam diuréticos e usam comprimidos de forma habitual foi encontrado que 80,4% ($n=46$), 83,3% ($n=12$) e 77,3% ($n=22$) respectivamente consideram seus hábitos alimentares normais.

DISCUSSÃO

O significativo número de adolescentes realizando práticas alimentares inadequadas ressalta a atenção que este tema requer da comunidade acadêmica, em especial no campo da saúde pública. Entre outros fatores, os critérios para a aceitação social, e conseqüentemente aceitação pessoal, estabelecidos entre as adolescentes na sociedade pós-moderna aparentam estar gerando um quadro de adoecimento comportamental e somático com sérias repercussões nos planos objetivo e subjetivo.

Comer e restringir a alimentação se mostraram como estratégias ambivalentes para lidar com situações de conflito e seus conseqüentes estados emocionais aversivos. Conforme verificamos, um terço afirmou utilizar a comida para reduzir ansiedade e 17,9% delas se voltavam para a comida com a finalidade de aliviar algum tipo de desconforto. Este pareamento entre comida e ansiedade cria uma situação extremamente favorável para o surgimento de problemas como comer compulsivo e obesidade, esta última, reconhecidamente uma *epidemia global* em decorrência de uma transição nutricional para dietas ricas em açúcar e carboidratos (11), que atinge também adolescentes da região nordeste do Brasil (12). A busca por soluções imediatas e a dificuldade para lidar com situações de sofrimento e frustração são características fortes na cultura ocidental que figuram como pano de fundo para a instalação dos TCA.

O resultado do BITE de que 1,2% das adolescentes apresentam uma grande possibilidade de ter um transtorno alimentar é similar à faixa apontada pela literatura internacional de uma prevalência esperada entre 1% e 4% para a ocorrência de Transtorno Alimentar (6). Avaliando estatisticamente, este resultado foi significativamente menor ($p < 0,05$) quando comparado com o encontrado por Nunes (4) em Porto Alegre (3,3%). Vale ressaltar que em seu estudo, Nunes tomou como população as mulheres de 12 a 29 anos, enquanto que este estudo se restringiu às adolescentes estudantes entre 14 e 20 anos; o que poderia explicar o valor significativamente menor, uma vez que certas modalidades de transtorno se instalam mais tardiamente (10;13).

Ao compararmos a situação dos Transtornos Alimentares de Porto Alegre no Rio Grande do Sul e Fortaleza, no Ceará, temos que as adolescentes pertencentes aos grupos sociais com condições de pagar um colégio particular se comportam de maneira semelhante à população feminina de Porto Alegre, enquanto que as

adolescentes economicamente desfavorecidas dos colégios públicos de Fortaleza não. Este dado fortalece a hipótese de que há uma diferença na maneira como os transtornos alimentares se distribuem entre favorecidos sócio-economicamente e os que não são.

A proporção de alunas que estudam em colégios particulares e apresentam práticas de risco (33,3% / n=237) foi semelhante à proporção de mulheres que apresentaram práticas de risco no estudo de Porto Alegre ($p>0,05$); enquanto que para os colégios públicos houve uma menor quantidade de alunas com práticas de risco do que aquela encontrada em Porto Alegre ($p<0,05$). É possível que, no município de Fortaleza, os ideais desejados de forma corporal sejam diferentes, em algum aspecto, entre a camada econômica alta e a baixa; o que explicaria esta diferença. Contudo, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos qualitativos de modo a possibilitar essa compreensão.

Os comportamentos de risco encontrados não se mostraram uniformemente distribuídos entre os estratos estudados. A proporção de adolescentes em “situação de risco” e com “grande possibilidade de TA” nos colégios particulares foi superior aos colégios públicos, indicando que o fato de pertencer a um grupo social que tem condições financeiras para pagar um colégio particular é algo que diferencia para mais a frequência destes comportamentos.

A princípio, esses achados poderiam reforçar a hipótese de uma circunscrição do problema às classes favorecidas economicamente, contudo os dados encontrados fortalecem a hipótese de que “ser magra” é algo desejado de forma generalizada no universo feminino adolescente, ressaltando que este “ser magra” é ter um peso considerado abaixo do normal, pela literatura acadêmica, para a altura delas. Comparando a situação entre estudantes de colégios públicos e particulares,

tem-se que o desejo de ser magra é semelhante, mas as adolescentes de colégios particulares utilizam práticas inadequadas para alcançar este desejo numa frequência maior do que as adolescentes de colégios públicos. Este achado também fortalece a teoria de que o medo da gordura está “democraticamente” distribuído entre as camadas socioeconômicas ocidentais (1).

As adolescentes de colégios particulares, por pertencerem a um estrato sócio-econômico mais alto, provavelmente têm um maior acesso a informações sobre dietas e outras práticas para controlar e perder peso e assim, são mais estimuladas a se voltarem para as práticas restritivas. O maior risco para um TCA entre elas pode estar ocorrendo devido a uma maior divulgação neste grupo dos métodos inadequados para controle de peso.

Informações vindas de fontes sem bases científicas são muitas vezes inadequadas e promovem uso de dietas não balanceadas como forma de se atingir um “corpo ideal” em curto espaço de tempo. Estas dietas e recomendações quase sempre não levam em consideração fatores como: a singularidade genética e fisiológica de cada pessoa, os possíveis danos da restrição de grupos alimentares, a forma como a adolescente irá interpretar a informação, a falta de acompanhamento especializado caso aconteça algum problema, o próprio metabolismo e distribuição da gordura corporal na adolescência, hábitos alimentares do grupo familiar e social, entre outros.

A proporção de práticas alimentares de risco foi menor entre as adolescentes que declaram ter religião. Outros estudos encontraram resultados semelhantes na relação entre saúde mental e prática religiosa como fator de proteção (14;15). Entre a população de jovens universitários o bem estar espiritual se mostrou como um fator de proteção para transtornos psiquiátricos menores (ansiedade, depressão, entre outros) cuja associação com os TCA é reconhecida (16). Este

achado indica existir alguma relação entre a restrição alimentar e religiosidade, fato já identificado em estudos qualitativos de casos clínicos, nestes o jejuar tem sido relatado pelas pacientes como uma fase para alcançar uma maior pureza espiritual e, conseqüentemente, a recuperação do quadro de anorexia nervosa como uma redescoberta da valorização do corpo como também sendo uma valorização espiritual de si mesma (17). A reconecção com o corpo também foi relatada como uma reconecção com as pessoas e com o mundo (17). Paradoxalmente entre anoréticas que não se recuperaram há relatos do jejuar como uma forma de purificação pela autopunição, além de uma concepção de corpo como algo claramente dissociado de uma noção de eu e espírito (17).

Visto que as religiões mais praticadas por as adolescentes no Brasil são as de orientação cristã recuperar a forma como o corpo é percebido pelos autores bíblicos pode esclarecer melhor o fato de ter uma religião ser um fator de proteção para a ocorrência de comportamentos relacionados aos transtornos alimentares.. O corpo físico para os autores bíblicos é de importância secundária em comparação com o “espírito”, e a valorização da “carne” é considerada algo que distância a pessoa do divino. O corpo é considerado como um espaço sagrado onde habita a alma transcendental, não podendo ser maculado com atos errados (pecados) (18), e tratar o corpo de forma mundana seguindo a lógica da mercadoria seria ignorar o valor do elemento sagrado que habitaria este corpo.

A valorização do corpo como forma de obter atenção social e estética, ou uma auto-mutilação através de práticas restritivas e purgativas, não estaria, portanto, de acordo com o que é apresentado pela Bíblia como sendo correto a um cristão. A valorização estética do corpo pode ser classificada dentro do sistema aristotélico de vícios e virtudes como sendo um “Vício por excesso”, sendo este vício

posteriormente classificado como o “pecado capital” da Vaidade pela Igreja Católica Romana (19). A Gula, enquanto ato de comer não para saciar uma necessidade física caracterizada pela fome mas sim por prazer, também é considerada pela Igreja Católica Romana como um pecado capital (19). As adolescentes que relataram comer para aliviar a ansiedade ou algum desconforto emocional estariam, nesse ideário, incorrendo em pecado, diminuindo assim os ganhos pessoais obtidos com tais práticas. Para as adolescentes cristãs, uma preocupação excessiva com a imagem corporal, práticas restritivas (por razões estéticas ou emocionais), comportamentos alimentares compulsivos e práticas purgativas podem se associar à idéia de pecado.

Outro achado que merece discussão é o fato de fazer dieta e restringir alimentos ser considerado como algo sem repercussões para a saúde na visão das adolescentes. A maioria das que vomitam, jejuam ou comem compulsivamente acham seus hábitos alimentares normais., sugerindo uma associação magreza - saúde talvez como contraste à noção de obesidade -doença.

Os resultados encontrados levantam a possibilidade de que elas podem estar utilizando as informações que chegam pela mídia de forma distorcida. Por exemplo, ao escutarem que o alimento ingerido antes de dormir não é queimado pelo organismo tanto quanto aquele que é ingerido durante o dia, elas podem não jantar por causa disso, mesmo sendo o jantar uma refeição importante; saber que a retenção hídrica aumenta o peso poderia então levá-las a evitar, ao máximo, ingerir líquidos, o que pode ser extremamente prejudicial para o organismo.

Apesar de as dietas serem as práticas restritivas mais difundidas pelos meios de comunicação, elas aparecem, neste estudo, em segundo plano, se comparamos com a prática do jejum para perder peso. Como o jejuar é não comer nada, é possível especular que as adolescentes acreditam que este método seja mais

rápido para se atingir o objetivo de perder peso, independente das consequências posteriores.

O relato da altura e peso, com o subsequente cálculo do IMC, levantou um problema que merece maior investigação futura; praticamente metade da amostra afirmou estar com um peso que as coloca abaixo do peso normal. Supondo que o IMC referido esteja correto, este achado significa que muitas adolescentes podem estar abaixo do peso clinicamente desejável; por outro lado, este percentual elevado pode ser função de uma subestimação sistemática do peso por parte de adolescentes que desejam pesar menos, uma vez que não localizamos estudos referentes à sensibilidade do peso informado para este grupo específico. De qualquer forma, este resultado é algo que deve ser melhor investigado, pois baixo IMC é um grande fator de risco para o desenvolvimento de doenças.

Os comportamentos relacionados às práticas alimentares compulsivas se mostraram numa frequência considerável, pois foram muito superiores à prevalência de práticas restritivas entre as adolescentes. Tornam-se necessários outros estudos que caracterizem melhor o quadro clínico do Transtorno do Comer Compulsivo e a sua distribuição na população.

CONCLUSÕES

Os resultados apontaram para a possibilidade de existir diferenças entre as cobranças sociais por um corpo magro entre as classes econômicas. Ou seja, os referenciais de beleza feminina dos grupos sociais economicamente menos favorecidos podem ser divergentes dos padrões e das exigências estéticas dos grupos com melhor situação econômica.

As adolescentes que exercem práticas restritivas, em sua maioria, perceberam seus hábitos alimentares como normais, o que pode estar sendo traduzido por elas como “não problemáticos”. Isto sugere que a naturalização e a banalização das práticas irregulares de alimentação tornam o comportamento nocivo, ou seja, que apresenta riscos para a saúde, em algo sem maiores repercussões, fazendo com que essas adolescentes não percebam seus hábitos alimentares de risco como um problema que pode afetar a saúde. A negação do risco para a saúde destas práticas é algo comum entre adolescentes que apresentam algum transtorno alimentar, principalmente no caso da anorexia nervosa.

O desconhecimento das adolescentes sobre as consequências dessas práticas de risco pode estar contribuindo para esta banalização. E aqui está o grande problema e, talvez, um desafio posto aos profissionais de saúde e de educação que trabalham com as adolescentes, promover uma revisão crítica sobre os valores estéticos impostos pela mídia e uma orientação nutricional que promova a saúde.

Futuros estudos qualitativos poderiam clarificar melhor como a religiosidade e o estudar em colégios públicos se configuram como fatores de proteção para os transtornos alimentares na população estudada.

Referência Bibliográfica

- (1) Lee S. Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome. *Soc Sci Med* 1996;42(1):21-34.
- (2) Marcondes JAM. *Dietas: Modismo ou Saúde? Fome de Cão*. São Paulo: Editora Maltese; 1993.
- (3) Cordás TA. *Avaliação da Eficácia Terapêutica de Dois Modelos de Atendimento em Bulimia Nervosa*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.

- (4) Nunes MA. Prevalência de Comportamentos Alimentares Anormais e Práticas Inadequadas de Controle de Peso em Mulheres de 12 a 21 anos em Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas; 1997.
- (5) Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- (6) Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- (7) Moore DC. Body Image and Eating Behavior in Adolescent Girls. *Am J Dis Child* 1988;142(10):1114-8.
- (8) Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry* 1987 Jan;150:18-24.
- (9) Cordás TA, Hochgraf PB. Instrumento para avaliação da bulimia nervosa. Versão para o português. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:141-4.
- (10) Abuchaim ALG, Appolinário JC, Nunes MAA, Coutinho W, et al. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- (11) Drewnowski A, Popkin BM. The nutrition transition: new trends in the global diet. *Nutr Rev* 2005;55(2):31-43.
- (12) Magalhaes VC, Azevedo z, Mendonca S. Prevalence of overweight and obesity and associated factors among adolescents in the Northeast and Southeast regions of Brazil, 1996 to 1997. *Cad Saúde Pública* 2003;19(suppl.1):129-39.
- (13) Cordás TA, et al. Fome de Cão. São Paulo: Maltese; 1993.
- (14) VOLCAN SMA, SOUSA PLR, MARI JJ, et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saude Publica* 37[4], 440-445. 2003.
- (15) Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc.saúde coletiva* 9[1], 43-55. 2004.
Ref Type: Magazine Article
- (16) VOLCAN SMA, SOUSA PLR, MARI JJ, et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saude Publica* 37[4], 440-445. 2003.
Ref Type: Magazine Article
- (17) Garret CJ. Recovery form anorexia nervosa: a durkheimian interpretation. *Soc Sci Med* 1996;43(10):1489-506.
- (18) Bíblia Sagrada. 53 ed. São Paulo: Ave Maria Ltda; 1986.
- (19) Chauí M. Convite à Filosofia. 12 ed. São Paulo: Ática; 1999.

Endereço do autor principal:

Antonio Maia Olsen do Vale (amov76@pop.com.br)

Rua Emídio Lobo n.90, apto. 204, bairro Papicú,

CEP. 60.176-090 – Brazil – Ceará – Fortaleza

TABELAS

Tabela 01: Distribuição de frequência das alunas dos colégios públicos e particulares em função de apresentarem ou não práticas de risco para Transtornos Alimentares, Fortaleza, CE, 2001 ($p < 0,01$).

Variável	Público	Particular
Não apresenta práticas alimentares de risco	77,6% (322)	66,7% (158)
Apresenta práticas de risco	22,4% (93)	33,3% (79)
TOTAL	100% (415)	100% (237)

Tabela 02: Modelo de regressão logística para o risco de ocorrer práticas e comportamentos alimentares anormais em estudantes de 14 a 20 anos, do município de Fortaleza-CE, 2001.

Fatores de Risco	Odds Ratio Bruto	Odds Ratio Ajustado*
Não ter religião	2,17	2,16 [IC 95% 1,11 – 4,17]
Estudar em colégio particular	1,73	1,72 [IC 95% 1,20 – 2,47]

* Ajustado para as variáveis do modelo

Tabela 03 - Uso de práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino estudantes do segundo ano do 2º grau de colégios públicos e particulares no município de Fortaleza, CE, no ano de 2001.

Prática Utilizada	%
Comprimidos	4,3% (n=540)
Diuréticos	2,5% (n=529)
Laxantes	8,6% (n=538)
Vômitos	6,3% (n=540)
Jejuns	18,5% (n=649)

Tabela 04 - Frequência de práticas e eventos típicos de episódios de comer compulsivo entre adolescentes do sexo feminino estudantes do segundo ano do 2º grau de colégios públicos e particulares no município de Fortaleza-CE, no ano de 2001.

Indicadores de Comer Compulsivo	%
Comer sem parar até ser obrigada a parar por sentir-se mal fisicamente	10,5% (n=646)
Já sentiu um incontrolável desejo para comer e comer sem parar	39,2% (n=645)
Já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente	42,6% (n=646)
Se sente culpada quando come demais	41,5% (n=627)
Teve episódios exagerados de alimentação e sente-se culpada quando come demais	24,2% (n=623)
Considera-se alguém que come compulsivamente	13,1% (n=640)