

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M188 Magalhães, Vera Cristina.
Comportamento sugestivo de transtorno alimentar: um estudo com universitárias recém-ingressas em uma instituição pública no município do Rio de Janeiro / Vera Cristina Magalhães. – 2005.
xii,129f.

Orientador: Gulnar Azevedo e Silva Mendonça.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Distúrbios alimentares – Questionários – Teses . 2. Anorexia nervosa – Teses. 3. Bulimia – Teses. 4. Transtornos mentais. I. Mendonça, Gulnar Azevedo e Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.Título.

CDU616.33-008.4

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

**COMPORTAMENTO SUGESTIVO DE TRANSTORNO ALIMENTAR:
UM ESTUDO COM UNIVERSITÁRIAS RECÉM-INGRESSAS EM
UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Vera Cristina Magalhães

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva. Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva - Área de concentração em Epidemiologia - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gulnar Azevedo e Silva Mendonça

Rio de Janeiro

2005

Aos meus pais, marido e filhos, que, com paciência e carinho, estiveram comigo durante toda esta trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À professora Gulnar Azevedo e Silva Mendonça, por sua orientação e paciência ao longo deste trabalho.

Aos professores do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da UERJ, pelos ensinamentos transmitidos, competência e profissionalismo.

Aos professores Cláudia Lopes, Guilherme Werneck, José Carlos Appolinário e Maria Lúcia Bosi, que participaram da banca de qualificação deste projeto e que contribuíram de forma importante para o enriquecimento deste trabalho.

Ao meu maior mestre e amigo, professor João Regazzi Gerk, por ter pacientemente me acompanhado durante toda a trajetória do mestrado e do doutorado.

Às amigas Sílvia Freitas e Celise Meneses, sempre presentes.

À aluna do Curso de Graduação em Nutrição da UERJ, agora colega, nutricionista Talita Souza da Motta Azevedo, sempre presente na fase de coleta de dados.

À aluna do Curso de Graduação em Medicina da UERJ, Camila Seraphin Lacerda, que ajudou na coleta de dados.

Aos meus amigos do Instituto de Nutrição da UERJ, pelo carinho.

Aos funcionários do Instituto de Medicina Social, pelo apoio técnico.

Às universitárias que, de forma consciente, concordaram em participar deste estudo.

A todos que, de forma direta e indireta, contribuíram para este desfecho.

SUMÁRIO

	Página
APRESENTAÇÃO.....	viii
LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xii
Capítulo I – INTRODUÇÃO.....	1
1 - Introdução.....	2
1.1 - Histórico.....	3
1.2 - Critérios diagnósticos para transtornos alimentares.....	5
1.3 - Fatores associados com os transtornos alimentares.....	11
Capítulo II - JUSTIFICATIVA.....	17
2.0 - Justificativa.....	19
Capítulo III - OBJETIVOS.....	22
3 - Objetivos.....	23
3.1 - Objetivo geral.....	23
3.2 - Objetivos específicos.....	23
Capítulo IV - METODOLOGIA.....	24
4 - Metodologia.....	25
4.1 - Desenho de estudo.....	25
4.2 - População de estudo.....	25
4.2.1 - Plano amostral.....	25
4.3 - Instrumento de coleta de informações.....	26

4.4 - Desenvolvimento do trabalho de campo.....	29
4.4.1 - Treinamento de pessoal.....	29
4.4.2 - Estudo piloto.....	31
4.4.2 - Estudo de confiabilidade.....	31
4.4.3 - Coleta e digitação de dados	32
4.5 - Definição das variáveis de interesse.....	32
4.5.1 - Comportamento sugestivo de transtorno alimentar.....	32
- Teste de atitudes alimentares (EAT-26).....	33
- Teste de investigação de Edimburgo (BITE).....	33
4.5.2 - Variáveis Demográficas.....	33
4.5.3 - Variáveis Socioeconômicas.....	34
4.5.4 - Autopercepção corporal.....	34
4.5.5 - Transtorno mental comum.....	34
4.5.6 - Atividade física de lazer.....	35
4.5.7 -Estado Nutricional.....	35
4.6 -Análise estatística.....	36
4.7 -Aspectos éticos.....	37
Capítulo V - ARTIGO I: Transtornos alimentares em universitárias: Estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis	39
RESUMO.....	40
ABSTRACT.....	41
5.1 - Introdução.....	42
5.2 - Metodologia.....	44

5.3 - Resultados.....	47
5.4 - Discussão.....	48
Referências Bibliográficas.....	49
Capítulo VI - ARTIGO II: Comportamento sugestivo de transtorno alimentar em alunas recém-ingressas em cursos de graduação de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro: Prevalência e fatores associados.....	58
RESUMO.....	59
ABSTRACT.....	60
6.1 - Introdução.....	61
6.2 - Metodologia.....	63
6.3 - Resultados.....	69
6.4 - Discussão.....	71
Referências Bibliográficas.....	77
Capítulo VII - CONCLUSÃO.....	83
7 - Conclusão.....	90
Capítulo VIII - RECOMENDAÇÕES.....	92
8 - Recomendações.....	93
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	94
9 - Referências Bibliográficas.....	95
ANEXOS.....	121

APRESENTAÇÃO

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais, nas quais se destacam quadros patológicos bem definidos, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A anorexia nervosa e a bulimia nervosa acham-se intimamente relacionadas, pois seus portadores apresentam em comum uma idéia prevalente que envolve a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal. A utilização de métodos inapropriados para perda de peso como jejum, vômitos, uso de laxantes e uso crônico de remédios, tem sido evidenciada na busca do corpo considerado “ideal”.

Dos transtornos alimentares sem outras especificações, destacamos as síndromes parciais, também chamadas de comportamentos precursores, e o transtorno da compulsão alimentar periódica. Esses quadros parciais representam manifestações mais leves ou incompletas, muito mais freqüentes que as síndromes completas, e sugere-se que possa existir um *continuum* de patologia, no qual a anorexia nervosa e a bulimia nervosa representam o extremo.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que os transtornos alimentares não acontecem aleatoriamente na população, sendo que mulheres jovens constituem o grupo mais vulnerável. Universitárias têm sido citadas como susceptíveis ao desenvolvimento destes transtornos, e no Brasil são poucos os estudos que abordaram o tema. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência de comportamento sugestivo de transtornos alimentares e fatores associados em estudantes que ingressaram no primeiro semestre de 2003, em cursos vinculados às áreas Biomédica e de Educação e Humanidades em uma universidade pública no município do Rio de Janeiro. Os dados foram colhidos através de questionário autopreenchível, de outubro até janeiro de 2004.

O estudo é apresentado na forma proposta pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O Capítulo I trata da introdução que situa a importância do tema, seguida da justificativa (Capítulo II), dos objetivos (Capítulo III) e da metodologia utilizada no estudo (Capítulo IV). O estudo é apresentado então, na forma de dois artigos, a saber:

1. Transtornos alimentares em universitárias: Estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autoperenchíveis (Capítulo V). Este estudo avalia níveis de confiabilidade do Teste de Atitudes Alimentares, do Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo, do *General Health Questionnaire* e de outras questões, partes do questionário maior.

2. Comportamento sugestivo de transtorno alimentar em alunas recém-ingressas em cursos de graduação de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro: prevalência e fatores associados (Capítulo VI). Este estudo, além da prevalência avalia a associação entre comportamento sugestivo de transtornos alimentares e fatores demográficos, socioeconômicos, avaliação nutricional, autopercepção corporal, presença de transtorno mental comum e prática de atividade física de lazer.

As conclusões e recomendações encontram-se nos Capítulos VII e VIII, respectivamente, seguido das referências bibliográficas.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Página
Capítulo I: INTRODUÇÃO	
Quadro 1- Critérios diagnósticos para Anorexia nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10.....	7
Quadro 2- Critérios diagnósticos para Bulimia nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10.....	8
Quadro 3- Outros transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) pelo DSM-IV e pela CID-10.....	9
Quadro 4- Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV (Apêndice B).....	10
Capítulo V: ARTIGO I	
Tabela 1 - Confiabilidade teste-reteste dos questionários autopreenchíveis para rastreamento de transtornos alimentares em universitárias recém-ingressas em uma universidade pública, RJ, Brasil, 2003.....	54
Tabela 2 – Confiabilidade teste-reteste de questionário autopreenchido para rastreamento de transtorno mental comum em universitárias recém-ingressas em uma universidade pública, RJ, Brasil, 2003.....	55
Tabela 3 – Confiabilidade teste-reteste de relato de eventos associados aos transtornos alimentares, em questionário autopreenchível em universitárias recém-ingressas em uma universidade pública, RJ, Brasil, 2003.....	56

Tabela 1 - Distribuição das variáveis incluídas no estudo.....	85
Tabela 2 - Distribuição de freqüências de comportamento sugestivo de transtorno alimentar em universitárias através de questionários autopreenchíveis.....	86
Tabela 3 - Freqüência de condutas inadequadas utilizadas pelas universitárias para auxiliar na perda de peso.....	87
Tabela 4 - Freqüência de comportamento sugestivo de transtorno alimentar (CSTA) e razões de prevalência associadas à área do curso, faixa etária, estado civil, atividade profissional, renda familiar, avaliação nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física em universitárias.....	88
Tabela 5 - Razão de prevalência ajustada entre comportamento sugestivo de transtorno alimentar (CSTA) por área do curso, idade, avaliação nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física em universitárias.....	89

LISTA DE ANEXOS

	Página
Anexo 1 - Consentimento informado.....	122
Anexo 2 - Questionário de pesquisa.....	123
Anexo 3 - Informações para preenchimento de informações pelo entrevistador.	131
Anexo 4 - Pontos de corte utilizados para avaliação nutricional de niversitárias.	137

Capítulo I – INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São caracterizadas por inadequações do padrão e comportamento alimentar, distorção da imagem corporal e podem também alterar o comportamento em relação à prática de atividade física (ADA, 1994).

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 4ª edição (DSM-IV, 1995) e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10, 1993) ressaltam duas entidades nosológicas principais: a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, em que predominam um enorme medo de engordar e uma insatisfação com a aparência física que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo magro idealizado. Em ambos os quadros, os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmos indevidamente baseado na forma física, a qual freqüentemente percebem de forma distorcida.

A anorexia nervosa caracteriza-se por uma recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima. A bulimia nervosa é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos auto-induzidos; uso inapropriado de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejuns ou exercícios excessivos. Uma categoria de transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE) também é oferecida para a codificação de transtornos que não satisfazem os critérios para um transtorno alimentar específico.

Dentre os TASOE, ressaltam-se os quadros atípicos (parciais) de AN e BN, e o transtorno de compulsão alimentar periódica - TCAP (referidos no apêndice B do DSM-IV), ainda em fase de pesquisa para aprovação como uma nova categoria

diagnóstica. A característica básica do transtorno de compulsão alimentar periódica está no episódio do ataque de comer. Caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar (*binge eating*) na ausência de métodos de controle de peso extremados, característicos da bulimia nervosa. Já os quadros atípicos representam manifestações mais leves ou incompletas, muito mais freqüentes que as síndromes completas (5:1) e alguns autores sugerem que podem evoluir para as mesmas. Sua correlação, tanto com estas quanto com a preocupação cultural considerada "normal" com peso e forma, é objeto de discussão dentro da concepção de possível existência de um "continuum" de preocupação com o peso, no qual as síndromes parciais estariam no meio caminho desse espectro (APA, 1995; OMS, 1993).

Devido à origem multifatorial dos transtornos alimentares e de suas conseqüências danosas, tanto individuais como para a sociedade, fazem-se necessários estudos de rastreamento e medidas de prevenção e intervenção para que o atual problema de saúde pública venha a ser controlado. Neste sentido, discorreremos a respeito de aspectos considerados importantes para melhor compreensão desses transtornos.

1.1 - Histórico

Anorexia Nervosa (AN)

O primeiro relato médico de anorexia nervosa data de 1691, no qual o médico inglês Morton descreve casos de "consumpção de origem nervosa". Ressaltou as emoções como elemento desencadeador da doença e a inter-relação de processos mentais e físicos. Na descrição do caso clínico, referiu a diminuição do apetite, amenorréia, aversão à comida, obstipação, emagrecimento extremo e hiperatividade (Silverman, 1992; Busse & Silva, 2004).

O termo "anorexia nervosa" surgiu em 1874, com William Gull. Referia-se à forma peculiar de doença que afetava principalmente mulheres jovens e se caracterizava por extremo emagrecimento decorrente de falta de apetite oriunda de um estado mental mórbido sem relação com qualquer disfunção gástrica, temperatura corpórea baixa e amenorréia. Gull também salientou as altas taxas de

mortalidade observada por ele (Busse & Silva, 2004). Etimologicamente, o termo “anorexia” deriva do grego “an”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite (Parry-Jones, 1991), ou seja, designa inapetência. Entretanto, atualmente o termo “anorexia” não é utilizado em seu sentido etimológico para a “anorexia nervosa”, visto que tais pacientes só deixam de ter apetite quando se apresentam extremamente caquéticas, o que só ocorre em estágios mais avançados da doença. Hilde Bruch (1973) a descreve como recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar, oriunda de distúrbio psicopatológico que consiste de transtornos relacionados ao ego e a personalidade, incluindo três áreas de perturbação do funcionamento: transtornos da imagem corporal; transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais à ausência de alimento e uma sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades da paciente.

Bulimia Nervosa (BN)

O termo bulimia deriva do grego “*bous*” (boi) e “*limos*” (fome), caracterizando um enorme apetite, capaz de levar um homem a comer um boi, ou quase. Entre os séculos XV e XVIII, na literatura médica na Inglaterra, França, Alemanha e Polônia, empregavam-se variantes do termo com o mesmo significado (“*bulimus*” e “*bolismos*” ou do francês “*bolisme*”), descrevendo o sintoma como fome voraz.

Em 1870, a bulimia (B) foi observada por Gull, como parte da AN, porém outros registros de casos semelhantes só apareceram na década de 40 com Ludwig Binswarger.

Gerald Russel (1979) acompanhou, durante seis anos e meio, 30 pacientes cuja doença parecia-se com anorexia nervosa, porém não preenchia todos os critérios diagnósticos para a doença. Essas pacientes apresentavam episódios de excesso alimentar, às vezes alternados com abstinência alimentar, freqüentemente seguidas de vômitos auto-induzidos ou uso de laxantes, como mecanismos compensatórios da ingestão excessiva. Acreditava-se que o quadro de bulimia seria uma estranha evolução da AN e, particularmente, do subgrupo dos anoréxicos bulímicos, seguido de vômitos auto-induzidos como forma de purgação e um medo mórbido de engordar. Observaram que as pacientes com bulimia nem sempre

estavam abaixo do peso, podendo variar até sobrepeso. A amenorréia também não era persistente, mas transitória, e muitas vezes o ciclo menstrual era regular. Descreveu esse grupo como sendo uma variante da síndrome e a chamou de bulimia nervosa (BN).

Somente em 1980, o *Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais* (DSM-III) estabeleceu critérios diagnósticos para a bulimia como uma síndrome independente.

Em 1987, foi publicada a terceira versão revisada do DSM-III, e nela foram removidas as diferenças entre o conceito de BN de Russel, e o conceito de bulimia, do DSM-III.

Estudos posteriores demonstraram, no entanto, que apenas 20% a 30% dos pacientes bulímicos apresentavam, em sua história pregressa, um episódio de anorexia nervosa, geralmente de curta duração (Fairburn, 1991).

Com o advento de DSM-IV, em 1994, a bulimia nervosa foi subdividida em dois subtipos: purgativo e não-purgativo, e um novo transtorno foi proposto – o transtorno da compulsão alimentar periódica (*Binge Eating Disorder*). Este último requer estudos adicionais e foi descrito no Apêndice B do DSM-IV.

Logo, a BN é caracterizada, em sua forma típica, pela ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimento, com pouco ou nenhum prazer, acompanhada de comportamento dirigido para evitar o ganho de peso, destacando-se o ato de vomitar, abusar de laxantes e diuréticos ou períodos de restrição alimentar severa, além do medo mórbido de engordar (Appolinário, 2002).

1.2 - Critérios diagnósticos para Transtornos Alimentares

Como visto, as perturbações do comportamento alimentar são mencionadas desde a Antigüidade, mas apenas nas últimas décadas ganharam expressão no meio científico.

Os critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa seguem os atuais sistemas de classificação dos transtornos mentais, o Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 4ª edição (DSM-IV, 1995) e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10, 1993) e são apresentadas nos Quadros 1 e 2. O DSM-IV está em vigência desde 1994, e é uma classificação utilizada amplamente nos Estados Unidos, já o CID-10 existe desde 1993 e é oficial em vários países, incluindo o Brasil (Nunes & Ramos, 1998). Destaca-se a psicopatologia comum aos dois casos; anorexia nervosa e a bulimia nervosa: a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, que leva as pacientes a se submeterem a dietas extremamente restritivas e/ou utilizarem métodos inadequados para alcançarem o corpo idealizado. A extrema insatisfação com a aparência física também é apontada (Claudino & Borges, 2002).

Quadro 1- Critérios diagnósticos para Anorexia nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10

Critérios Diagnóstico para Anorexia nervosa	
DSM-IV	CID-10
Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado).	Perda de peso e manutenção abaixo do normal ($IMC \leq 17.5 \text{ kg/ m}^2$).
Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso.	Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam.
Perturbação na forma de vivenciar o baixo-peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo-peso.	Medo de engordar e percepção de estar muito gordo (a).
Amenorréia por três ciclos consecutivos.	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso no desenvolvimento puberal.
Subtipos:	Vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores de apetite e/ ou diuréticos podem estar presentes.
1) Restritiva - Apenas dieta e exercícios.	
2) Compulsão periódica/ purgativa - Além de episódios de compulsão alimentar e/ ou purgação, presença de dieta e exercícios.	

Fonte: Claudino e Borges (2002).

Observa-se que o DSM-IV distingue as pacientes com anorexia nervosa em dois subtipos. As diferenças são pautadas pelo comportamento bulímico/purgativo em um grupo, daquelas que apenas restringem alimentação pela impulsividade, antecedentes de obesidade e aspectos de personalidade. A CID-10 não criou subtipos de anorexia nervosa e aponta que as pacientes com episódios bulímicos e baixo-peso devem receber o diagnóstico de bulimia nervosa. Esta é uma das divergências que devem ser destacadas entre as classificações.

Também as classificações não discriminam as anoréxicas que apenas purgam, mas não têm episódios bulímicos e a CID-10 as purgadoras das restritivas.

Quadro 2- Critérios diagnósticos para Bulimia nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10

Critérios Diagnóstico para Bulimia nervosa	
DSM-IV	CID-10
<p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar caracterizado por excesso alimentar somada a perda de controle.</p> <p>Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros.</p> <p>Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses.</p> <p>Influência indevida do peso/ forma sobre a auto-avaliação.</p> <p>Diagnóstico da Anorexia Nervosa ausente: Subtipos: 1) Purgativo– Presença de vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas. 2) Não-purgativo– Apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica.</p>	<p>Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida.</p> <p>Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos). Diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico na intenção de evitar a absorção de glicose sanguínea e perder peso.</p> <p>Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.</p>

Fonte: Claudino & Borges (2002).

Observa-se acima que a presença de compulsão alimentar é um sintoma fundamental para o diagnóstico de bulimia nas duas classificações. A importância de diferenciar as pacientes com compulsão pela utilização de métodos purgativos ou não, somados a indícios de que as purgadoras apresentam maior psicopatologia levou a DSM-IV a criar os dois subtipos apontados (Claudino & Borges, 2002). Outro aspecto importante para diferenciação entre anorexia nervosa e bulimia nervosa para o DSM-IV é a manutenção do peso normal.

Já a CID-10 considera o medo mórbido de engordar como fator desencadeante de busca de peso abaixo de seu peso pré-mórbido (peso saudável), classificando as bulímicas de peso normal como atípica.

Os transtornos sem outras especificações, também chamados parciais, representam quadros atípicos de anorexia nervosa e bulimia nervosa que se manifestam de forma mais leve ou incompleta e são mais freqüentes que as síndromes completas, apresentando risco de evoluírem para quadros completos (Quadro 3) (Claudino & Borges, 2002).

Quadro 3- Transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) pelo DSM-IV e pela CID-10

Transtornos alimentares sem outra especificação	
DSM-IV	CID-10
Preenche critérios para a anorexia nervosa, exceto amenorréia.	Anorexia nervosa atípica: um ou mais aspectos-chave da anorexia nervosa está ausente ou tem todos em grau mais leve.
Preenche critérios para anorexia nervosa com perda de peso, mas ainda dentro da faixa normal.	Bulimia nervosa atípica: um ou mais aspectos-chave da bulimia nervosa pode estar ausente. Ex. Bulimia de peso normal – episódios de hiperfagia e purgação em indivíduos de peso normal ou excessivo.
Preenche critérios para bulimia nervosa, exceto pela freqüência e cronicidade.	Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos podendo levar a obesidade.
Comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida	Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos
Mastigar e cuspir os alimentos	Pica em adultos, perda de apetite psicogênica.
Transtorno de compulsão alimentar periódica	Transtornos alimentares não especificados.

Fonte: Claudino & Borges (2002).

Dentre as alterações do comportamento alimentar, destaca-se o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Sua descrição surgiu pela necessidade de se discriminar indivíduos obesos com compulsão daqueles sem compulsão alimentar

e dos bulímicos. Nosso estudo não avaliou esse transtorno separadamente, mas são apresentados no Quadro 4 os critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV em seu Apêndice B.

Quadro 4- Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV (Apêndice B)

Transtornos de compulsão alimentar periódica
Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar somada à perda de controle)
Comportamentos associados à compulsão alimentar (pelo menos três): <ol style="list-style-type: none">1) Comer rapidamente.2) Comer até sentir-se cheio.3) Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome.4) Comer sozinho pelo embaraço pela quantidade de comida.5) Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão.
Acentuada angústia pela compulsão alimentar.
Frequência e duração da compulsão alimentar: média de dois dias/semana por seis meses.
Não se utiliza métodos compensatórios inadequados, como por exemplo a purgação.

Fonte: Claudino & Borges (2002).

A presença e a participação dos diferentes transtornos do comportamento alimentar, descritos acima, assim como a magnitude e a duração do processo, determinarão a intensidade das complicações observadas e os riscos de morbimortalidade nesses pacientes (Shislak *et al.*, 1995).

1.3 – Fatores associados aos transtornos alimentares

Os estudos sobre os transtornos alimentares têm sido ampliados nos últimos anos. Entretanto o tema continua sendo um desafio para especialistas, dado o caráter sindrômico dos transtornos e sua etiopatogenia que ainda não se encontra totalmente estabelecida (Amigo, 2005).

O modelo etiológico que explica a gênese e a manutenção dos transtornos alimentares é o multifatorial, e se baseia na hipótese de que vários fatores biológicos, psicológicos e sociais estejam envolvidos, inter-relacionando-se (Appolinário & Claudino, 2000; Abott *et al.*, 1993).

A vulnerabilidade biológica para os transtornos alimentares pode envolver atributos individuais, como o fator genético e/ou índice de massa corporal. A vulnerabilidade psicológica pode ser expressa por características individuais (cujas principais são o perfeccionismo, a baixa auto-estima, a depressão e ou a ansiedade) ou familiares (história familiar de psicopatologia, estilo de comunicação familiar) e/ou experiências de vida negativas (por exemplo, o abuso sexual). Fatores predisponentes gerados pelo ambiente são incorporados, principalmente pelas mulheres, que buscam a forma corporal “ideal” que melhor se adeque às “normas” impostas pela sociedade.

Apresentamos alguns fatores associados com os transtornos alimentares, que serão investigados em nossa pesquisa:

1.3.1 – Sócio-demográficos

Atualmente, com o aumento de pesquisas sobre os transtornos alimentares em países em desenvolvimento, observa-se que o problema vem ocorrendo mundialmente, atingindo inclusive grupos populacionais de cultura não ocidental. No Japão, Singapore, Hong Kong, Taiwan, República da Korea (Koh & Tian, 1994; Lee, 1996), é mais freqüente no grupo da população de alta renda, enquanto na China, Índia, Indonésia e Filipinas (Chadda *et al.*, 1997) nas de baixa renda. A prevalência de anorexia nervosa e bulimia nervosa vem sendo estudada e “parece” ainda estar aumentando no leste da Europa, América do Sul, Oriente Médio

e partes da África (Nasser, 1997). Na cultura ocidental, a valorização do peso e da magreza, como símbolo de beleza e projeção social leva um maior número de pessoas a buscarem “fórmulas milagrosas” para obtenção de seus ideais, comprometendo por vezes seu estado de saúde física e mental (Morgan & Azevedo, 1998). O processo de urbanização, também acarreta em mudanças no estilo de vida dos indivíduos, comprometendo o comportamento alimentar e predispondo ao sedentarismo (Ackard *et al.*, 2001). Morgan & Claudino (2005) ressaltam que em países de cultura não ocidental, o aparecimento de transtornos alimentares, muitas vezes ocorre, sem o medo mórbido de engordar, encontrados em pacientes ocidentais. Destacam o processo de globalização, as rápidas transformações sociais, incluindo as mudanças na função social da mulher, como facilitadores da compreensão sociocultural dos transtornos alimentares, ressaltando a recusa alimentar como um importante símbolo de autocontrole. Cabe destacar, entretanto, que os estudos disponíveis são referentes a amostras clínicas ou locais, o que dificulta maiores considerações acerca do problema.

Assim, pertencer ao gênero feminino é considerado risco para os transtornos alimentares (Nunes & Pinheiro, 1998; Malloney *et al.*, 1993). Segundo a *American Psychiatric Association* (2000), a prevalência de anorexia nervosa varia cerca de 0,3 a 3,7% e a prevalência de bulimia nervosa é cerca de 1,1 a 4%, ambas na população jovem feminina. Os homens também são acometidos, mas em proporções menores, representando apenas 10% dos casos dos transtornos alimentares (Mellin & Araújo, 2002).

A anorexia nervosa inicia-se com maior frequência na puberdade, ocorrendo entre 10 e 30 anos, enquanto a bulimia nervosa tende a começar na adolescência tardia e no início da vida adulta (Busse & Silva, 2005). Os transtornos alimentares ocorrem comumente no final da adolescência e no início da idade adulta (Cordás *et al.*, 2004). O sentimento de negação da própria condição patológica, muitas vezes conseqüência de tabu existente em torno dos sintomas dos transtornos alimentares, leva essas síndromes a se estenderem por um longo período de tempo sem serem diagnosticadas, acarretando o aparecimento de comorbidades e agravos à saúde.

1.3.2 – Autopercepção corporal

Um importante fator na abordagem dos transtornos alimentares está no sintoma “distorção da imagem corporal”. Esta pode incluir distorção de auto-imagem, insatisfação corporal e evitação da imagem corporal (Rosen, 1992).

Appolinário (1998) definiu imagem corporal como sendo a imagem mental e a avaliação que uma pessoa faz da sua aparência física e a influência dessas percepções e atitudes no comportamento. Como uma das dimensões do constructo “imagem corporal”, destaca-se a “autopercepção corporal”. Esta se associa a uma habilidade de avaliar o tamanho corporal através da estimativa visual e da imagem auto-referida. Já na dimensão das atitudes afetivas e cognitivas, salienta-se o grau de satisfação com o próprio corpo (Adami *et al.*, 1997).

É através da interação com o meio ambiente que o ser humano aprende a avaliar seu corpo e desenvolve sua auto-imagem (Becker Jr., 1999). De acordo com a literatura, a insatisfação com a auto-imagem corporal está associada com os transtornos alimentares, enquanto uma satisfação com a auto-imagem corporal está relacionada com condutas alimentares saudáveis entre mulheres adolescentes e jovens (Leon *et al.*, 1993; Graber *et al.*, 1994). Estudos prospectivos têm sugerido que o comprometimento da auto-imagem corporal, baixa auto-estima e perfeccionismo podem estar associados ao desenvolvimento de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso (Greeno *et al.*, 2000; Leon *et al.*, 1995; Vohs *et al.*, 1999), sendo comumente expressados pela insatisfação com o peso corporal (Buttom *et al.*, 1997; Cooper & Taylor, 1988; Taylor & Cooper, 1986) e o alto nível de preocupação com o corpo (Ghaderi, 2003). A preocupação com o peso corporal e a busca do corpo considerado por ela “ideal” desencadeiam a utilização de dietas restritivas, que podem predizer a abertura de condutas impróprias na tentativa de perda de peso, levando ao aumento de incidência de transtornos do comportamento alimentar (Killen *et al.*, 1996; Hsu, 1997). No Brasil, Nunes *et al.* (2001), estudando a autopercepção do peso corporal em mulheres de 12 a 29 anos em Porto Alegre, encontraram risco quatro vezes maior, para as que se sentiam gordas, de apresentarem comportamentos alimentares anormais do que as que se sentiam magras ou normais.

Contudo, existem evidências de que muitas meninas com peso normal ou mesmo baixo-peso fazem dieta restritiva (Childress *et al.*, 1993), sendo que algumas se percebem sobrepesadas (French *et al.*, 1997; Tomory & Rus-Makovec, 2000), o que evidencia alterações na autopercepção corporal. Importantes fatores têm sido associados a esse comportamento, dos quais destacamos a depressão e a ansiedade (Cullari *et al.*, 1998; Veggi, 2004), o isolamento social e ainda a busca de um padrão de beleza caracterizado por corpos magros, popularizada principalmente na cultura ocidental corpo (Furnham & Baguma, 1994; Morgan & Azevedo, 1998; Wiederman & Pryor, 1999). Todos esses sintomas têm sido apontados como importantes fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Thompson, 1990).

1.3.3 – Transtorno mental comum (TMC)

Estudos demonstraram que 90% da morbidade psiquiátrica se compõem de distúrbios não-psicóticos, cujos principais são a depressão e a ansiedade (Bebbington *et al.*, 1981, Coutinho, 1976, Finlay-Jones & Burvill, 1977).

A dificuldade de distinção entre quadro depressivo e quadro de ansiedade, aliada ao fato de os distúrbios não-psicóticos compartilharem vários sintomas, torna problemático o uso de modelo diagnóstico baseado em categorias nosológicas (Coutinho, 1995; Kendal, 1975; Lewis, 1991). Assim, vários estudos têm utilizado uma categoria diagnóstica mais ampla, referida como transtorno mental comum (TMC), que engloba os transtornos psiquiátricos não-psicóticos, com exceção do abuso ou dependência de drogas e dos distúrbios de conduta (Cheng, 1998; Coutinho, 1995; Mari, 1987; Coutinho, 1976).

Os transtornos alimentares freqüentemente se associam com outros transtornos psiquiátricos, tanto em clínica quanto na população geral (Gandarillas *et al.*, 2004; Patton *et al.*, 2000; Zaidler *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2002; Rowe *et al.*, 2002; Striegel-Moore *et al.*, 1999; Geist *et al.*, 1998), destacando-se a ansiedade, a depressão e a tensão em eventos de vida (Bulik *et al.*, 1997; Fairburn *et al.*, 1997, Telch & Stice, 1998; Patton *et al.*, 1999). Em estudo de coorte com escolares adolescentes em Londres, para investigação de fatores de risco associados com desenvolvimento de transtornos alimentares, Patton *et al.* (1990) utilizaram o

General Health Questionary (GHQ-28) para detectar casos de transtorno mental comum (TMC) e o *Eating Atitudes Test* (EAT-26), para rastrear transtornos alimentares. Apontaram risco relativo oito vezes maior para transtorno alimentar entre as estudantes que realizavam dieta com intenção de perder peso. Destacaram que, dentre os fatores estudados, a presença de TMC foi o único fator que distinguiu as meninas que faziam dieta em se tornarem “casos” e “não-casos”. Patton *et al.* (1999) evidenciaram que um ano após o início de um estudo de coorte com escolares adolescentes, 6% daquelas classificadas como portadoras de morbidade psiquiátrica menor, desenvolveram transtorno alimentar. Apesar das dificuldades metodológicas na configuração das comorbidades psiquiátricas, os estudos mostram ser freqüente a associação entre transtornos alimentares e outros transtornos psiquiátricos. Cabe destacar, que os prováveis mecanismos e explicações que se aplicam aos possíveis portadores de transtorno alimentar e TMC, não estão perfeitamente esclarecidos. Algumas teorias são aventadas, como a deficiência de alguns precursores de neurotransmissores, comum nos casos de desnutrição, oriunda da privação alimentar; a presença de disforia, em virtude da perda do controle alimentar, ou ainda o sentimento de culpa pela ingestão alimentar, estes levando a sintomas depressivos (Amigo, 2005). Entretanto, não é descartada a hipótese de que pacientes com quadros depressivos possam desenvolver ao longo do tempo sintomas bulímicos, assim como existe a possibilidade desses transtornos coexistirem de forma independente, e ainda a hipótese de que a presença de transtornos ansiosos na infância pode predispor ao desenvolvimento de anorexia nervosa. (Bulik, 2002). Existe, portanto, a necessidade de mais estudos para melhor compreensão dessas associações.

1.3.4 - Prática de atividade física

É um fator que deve ser analisado nos transtornos alimentares. A dedicação extrema à prática de atividade física entre mulheres com anorexia, baixo-peso e amenorréia já eram descritas no século XIX por Gull (1874) e Lasègue (1873) (Assunção *et al.*, 2003). Outros pesquisadores salientaram o excesso de atividade física entre seus pacientes com transtorno alimentar (Slade, 1973; Halmi, 1974; Crisp *et al.*, 1980). A atividade física tem sido apontada como uma das condutas

compensatórias em indivíduos com transtorno do comportamento alimentar, na intenção de perder peso (Hertherning, 2000) e pode ser resultado não só da extrema preocupação com o peso, mas também com a imagem corporal (Assunção *et al.*, 2001). Estudos apontam grande freqüência de pacientes com transtornos alimentares que utilizam o exercício físico, com ou sem padrão excessivo, além de outros métodos, para perda e /ou controle de peso (Davis *et al.*, 1994; Brewerton *et al.*, 1995; Assunção *et al.*, 2001).

Esse tema ainda precisa ser mais bem explorado, por serem contraditórios os resultados de pesquisas. Davis *et al.* (1994), em estudo caso-controle, verificaram que 78% das mulheres com transtorno alimentar praticavam exercícios excessivamente e que 60% eram atletas de competição antes do início de seu quadro alimentar, concluindo estar o exercício envolvido na patogênese e progressão da doença. Brewerton *et al.* (1995), em 100 mulheres com transtorno alimentar, observaram que 28% delas se exercitavam excessivamente e, quando comparadas com as que não se exercitavam excessivamente, apresentaram maior insatisfação com o corpo e usavam mais diuréticos e laxantes como prática compensatória. Davis *et al.* (1997), em estudo subsequente, apontaram que a prevalência de atividade física excessiva era maior entre as mulheres com anorexia nervosa, sugerindo que o padrão de exercício pré-mórbido seja um fator que prediz comorbidade entre transtorno alimentar e atividade física excessiva. Já Fulkerson *et al.* (1999), em avaliação entre grupo de atletas e não-atletas, ambos universitários, não encontraram maior risco para transtorno alimentar entre os atletas e acrescentaram que esse grupo apresenta menor negatividade em relação à vida que os não-atletas, apenas alertando para a presença mais freqüente do perfeccionismo (Fulkerson *et al.*, 1999; Bastiani *et al.*, 1995). Brownell *et al.* (1992) apontaram o perfeccionismo como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e sugeriram que atletas podem não estar em risco para transtorno alimentar, até treinarem especificamente em um esporte altamente competitivo.

Beumont *et al.* (1994) descreveram dois grupos de pacientes com transtorno alimentar: um que se exercitava muito e outro que não supervalorizava o exercício. Os autores constataram que, no primeiro grupo, a justificativa para o tempo excessivo de exercício (mais de duas por dia) era melhorar a aptidão física. Este

estabelecia uma relação entre consumo de calorias ingeridas e queimadas com o exercício, e referia irritabilidade, depressão e ansiedade, quando não atingia o tempo considerado ideal. No outro grupo o mesmo não ocorria, o tempo de exercício era menor, o motivo era buscar a “magreza” sem relacionar calorias ingeridas com as calorias gastas através do exercício e a diminuição do tempo de exercício não ocasionava decepção.

Também é bastante comum, em pacientes com transtorno alimentar, que praticam exercícios de forma excessiva, danos tais como: lesão articular e muscular; incidentes cardiovasculares e supressão imunológica (Shephard, 2001).

Atletas em determinadas modalidades parecem desenvolver mais freqüentemente transtornos alimentares, como dançarinas de balé, corredoras (Weight & Noakes, 1987), ginastas, lutadores, nadadores (Steen & Brownell, 1990, Warren *et al.*, 1990).

Apesar do exposto, não se deve deixar de enfatizar os benefícios da prática de atividade física sem exageros, com relação à saúde física e mental. Dentre os benefícios psicológicos, o fato de estar participando de uma modalidade atlética protege contra o desenvolvimento de outras atitudes alimentares consideradas agressivas (Fulkerson *et al.*, 1999), aumenta a auto-estima e reduz a depressão e o isolamento social (MacAuley & Bane, 1995; Gauvin, 1996; Strawbridge *et al.*, 2002). Há evidências de que a associação entre exercício físico e bem-estar psicológico seja mediada pela melhora na regulação de norepinefrina, substância que melhora o humor e reduz os sintomas de depressão, e pelo aumento dos níveis sanguíneos de endorfina, que melhora o humor (Powell & Paffenbarger, 1985). Logo, sugere-se que a prática de atividade física diminui os sintomas de depressão (Ross & Hayes, 1988).

A redução da atividade física tem-se destacado como fator de risco importante para doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares (Lissner *et al.*, 1996; Haapanen *et al.*, 1997; Bijnen *et al.*, 1998), o diabetes (Wannamethee *et al.*, 1998), as dislipidemias (Paffenbarger & Hale., 1975), a obesidade (Saris, 1996) e a diminuição da densidade óssea, com aumento das fraturas por osteoporose (Pools *et al.*, 1998).

No Brasil, não existe estudo de abrangência nacional e base populacional que tenha investigado o nível de atividade física da população. Sichieri (1998) realizou estudo de base domiciliar no município do Rio de Janeiro para avaliar a atividade física de lazer. Inquérito conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) obteve informações sobre a prática de atividade física nas regiões Nordeste e Sudeste. Avaliando dados referentes a adolescentes de 15 até 20 anos nessas regiões, Magalhães (2001) encontrou prevalência de 19,97% para meninas que praticavam algum tipo de atividade física de lazer e 59,31% para meninos da Região Nordeste, sendo que na Região Sudeste esses valores se modificaram para 29,14 % e 53,03%, respectivamente.

Os primeiros estudos epidemiológicos com atividade física mensuravam, principalmente, a atividade relacionada ao trabalho, limitando-se a avaliar o gasto energético restrito ao tipo de trabalho dos grupos populacionais. Entretanto, com a diminuição do gasto energético oriundo da modernização do processo de industrialização, os estudos abordam a atividade física realizada no tempo destinado ao lazer, assumida como melhor representação da prática de atividade física na população (Kriska & Caspersen, 1997).

Capítulo II - JUSTIFICATIVA

2.0 - Justificativa

Os transtornos alimentares vêm atingindo diferentes grupos populacionais no mundo. No Japão, Cingapura, Hong Kong, Taiwan e República da Coréia (Koh & Tian, 1994; Lee, 1996) é mais freqüente na população de alta renda, enquanto na China, Índia, Indonésia e Filipinas (Chadda *et al.*, 1997), nas de baixa renda. A prevalência de anorexia nervosa e bulimia nervosa parecem ainda estar aumentando no Leste da Europa, América do Sul, Oriente Médio e partes da África (Nasser, 1997), o que justifica a atenção crescente no meio científico, principalmente na área de saúde pública.

Comportamentos preocupantes e problemáticos para a saúde, oriundos do medo da “gordura corporal”, são comumente encontrados, principalmente entre adolescentes e mulheres jovens (Malloney & Ruedisulli, 1993). Para estas, a busca da beleza, sucesso e felicidade através de um corpo “magro” levam à prática de dietas restritivas e a formas agressivas não saudáveis de regular o peso (Killen *et al.*, 1993).

Os transtornos alimentares são nove vezes mais freqüentes no sexo feminino do que no sexo masculino (Castro & Goldenstein, 1995; Fleitlich *et al.*, 2000). Segundo a American Psychiatric Association (APA, 2000), a prevalência de anorexia nervosa (AN) varia de 0,3 a 3,7%, enquanto a prevalência de bulimia nervosa (BN) é cerca de 1,1 a 4,2%, ambas na população jovem feminina. As síndromes de transtornos alimentares parciais, aplicando-se os critérios da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), ocorrem em 2 a 5% das mulheres jovens (Hay, 1998). Esses quadros parciais são mais freqüentes que as síndromes completas (5:1) e sugere-se que possa existir um “*continuum*” da patologia no qual a AN e a BN representam o extremo (APA, 1994). Ressalta-se que o tabu em torno dos sintomas, retarda a procura pelo tratamento clínico, podendo ocorrer o agravamento da condição patológica (Patton, 1992). Os estudos de descrição do curso e prognóstico dos transtornos alimentares são ainda limitados. A literatura aponta que quanto maior for o tempo de duração do estudo clínico, maior é a taxa de mortalidade, em especial na anorexia nervosa, onde as causas são descritas como complicações clínicas e suicídio (Gorgati, 2005). Hsu (1997) referiu taxa de

mortalidade em torno de 3% em seu estudo com pacientes portadoras de anorexia nervosa. Para bulimia nervosa, a mortalidade é considerada mais baixa e pode ser oriunda de comorbidades psiquiátricas associadas e suicídio (Sapoznik *et al.*, 2005). A associação dos transtornos alimentares com maiores riscos de morte prematura também é referida. (Patton, 1988; Moller-Madson *et al*, 1996; Keel & Mitchell, 1997; Harris & Barraclough, 1998).

No Brasil são poucos os estudos epidemiológicos que abordaram o tema. Encontramos as pesquisas de Nunes (2001), Ribeiro (1999), Fiates & Salles (2001), Vilela *et al* (2001), Souza *et al* (2002), Dunker & Philippi (2003) & Luz (2002). Esses estudos apontam prevalências de comportamento sugestivo de transtornos alimentares entre mulheres, que variam de 11,3% até 30,2%, corroborando com a importância de novas pesquisas que visem a rastrear e apontar fatores associados a essa síndrome em nosso meio.

Reveste-se de importância o rastreamento de comportamento sugestivo de transtorno alimentar em grupo considerado vulnerável, o de estudantes universitárias recém-ingressas. Nelas encontramos um grupo da sociedade submetido a enorme pressão social e susceptível à influência do conceito popular que relaciona a magreza, não só à atratividade física, mas também ao sucesso rápido e ascensão profissional. O rastreamento precoce favorece as estratégias de prevenção e intervenção, com favorecimento do prognóstico Assim, o cenário acima descrito nos levou a investigar a prevalência e fatores associados ao comportamento sugestivo de transtornos alimentares nesse grupo da população.

Capítulo III – OBJETIVOS

3 - OBJETIVOS

3.1 – Objetivo Geral

Estimar a prevalência e os fatores associados ao comportamento sugestivo de transtornos alimentares, em alunas ingressantes nos cursos de graduação de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro, Brasil.

3.2 - Objetivos Específicos

- Estimar, através da confiabilidade teste-reteste, a estabilidade dos instrumentos Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE), o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), o *General Health Questionary* (GHQ-12) e outras questões, partes integrantes do questionário autopreenchível aplicado em universitárias ingressantes.
- Descrever a população de universitárias recém-ingressas com relação às características demográficas e socioeconômicas, estado nutricional, autopercepção corporal, presença de transtorno mental comum e prática de atividade física de lazer.
- Indicar as prevalências de comportamento sugestivo de transtorno alimentar entre universitárias por: área de curso, idade, estado civil, atividade profissional, renda familiar, estado nutricional, percepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física.
- Estimar as prevalências de condutas inadequadas para auxiliar na perda de peso entre as universitárias (jejum, comprimido para emagrecer, diurético, laxante, vômito auto-induzido).
- Avaliar a associação entre o comportamento sugestivo de transtorno alimentar e os fatores demográficos, socioeconômicos, estado nutricional, autopercepção corporal, presença de transtorno mental comum e prática de atividade física de lazer.

Capítulo IV - METODOLOGIA

4 – METODOLOGIA

4.1- Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de delineamento transversal.

4.2 – População de estudo

Todas as alunas que ingressaram em cursos de graduação na área Biomédica e de Educação e Humanidades, em universidade pública no Município do Rio de Janeiro, no primeiro semestre de 2003.

4.2.1 – Plano Amostral

Foram inicialmente elegíveis para o estudo, 561 mulheres que ingressaram na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no primeiro semestre de 2003, e se inscreveram em disciplinas nos cursos de graduação ligados ao Centro Biomédico (Nutrição, Odontologia, Biologia, Enfermagem e Medicina) e ao Centro de Educação e Humanidades (Pedagogia, Artes, Psicologia, Educação Física, Comunicação Social e Letras) em campus no município do Rio de Janeiro. A escolha pelo sexo feminino deveu-se à maior prevalência de transtornos alimentares nesse grupo (APA, 2003).

As recém-ingressas foram escolhidas por permitirem analisar a população de estudantes ainda sem a influência do curso e de outros fatores ligados a ele, em seu comportamento alimentar. Na tentativa de retratar a possível diversidade existente na Instituição de Ensino Superior com relação ao conjunto dos estudantes e considerando as possibilidades de operacionalidade para coleta de dados, optou-se por agregar os cursos das áreas Biomédica e Educação e Humanidades, procurando assim preservar a possível diferenciação socioeconômica existente entre os estudantes de cursos que funcionam em período integral e os de turno diurno, vespertino e noturno.

Após a exclusão de duas (0,35%) universitárias que referiram estar grávidas na data da entrevista, a população elegível para o estudo totalizou 559 universitárias. Não foram entrevistadas 47 universitárias (8,38%), por recusas e

perdas, sendo 17 do Centro Biomédico e 30 do Centro de Educação e Humanidades. A população de estudo foi constituída, deste modo, por 512 (91,27%) universitárias.

4.3 – Instrumento de coleta de informações

Foi utilizado um questionário auto-aplicável, intitulado “Questionário de Pesquisa - Saúde das Universitárias da UERJ”, desenvolvido a partir de ampla pesquisa bibliográfica (Anexo 2).

No Bloco A encontramos perguntas referentes a dados pessoais, abrangendo aspectos demográficos, socioeconômicos, familiares e morbidade referida.

No Bloco B observa-se questões integrantes da parte introdutória para o Teste1, o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* — BITE), seguida do Bloco C, teste 2, o Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test* – EAT-26), Estes testes auto-aplicáveis são os mais utilizados para rastreamento de transtornos alimentares (Cordás & Neves, 1999).

→ *Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo* (BITE): Questionário desenvolvido por Henderson & Freeman, em 1987. Foi traduzido e adaptado para o português – Teste de Avaliação Bulímica de Edimburgo por Cordás & Hochgraf, em 1993. Assim como a versão inglesa, a versão em português demonstrou ser de fácil aplicação e aceitabilidade pelos entrevistadores. Permite avaliar a presença de sintomas de bulimia nervosa (Cordás & Neves, 2002). Em estudos epidemiológicos, recomenda-se que os entrevistados respondam baseados em seu comportamento nos últimos três meses (Cordás & Hochgraf, 1993).

O instrumento é composto de 33 questões. Apresenta duas subescalas: de sintomas e de gravidade. A escala sintomática avalia a presença de sintomas bulímicos e a escala de gravidade avalia a intensidade dos sintomas bulímicos presentes, de acordo com a frequência que ocorrem. Para se determinar a escala de sintomas relacionados à bulimia nervosa, utilizam-se 30 questões (à exceção das de números 6,7 e 27). As questões somam 1 ponto para a resposta “não”, referentes aos itens 1,13, 21, 23 e 31. As demais 25 questões, somam 1 ponto para a resposta sim. A pontuação máxima nesta escala é 30 (Henderson & Freeman, 1987). Classifica-se a pontuação da seguinte forma: 1. score elevado (> ou = 20 pontos),

presença de padrão alimentar altamente desorganizado e a presença de episódios compulsivos (anormal). A alta pontuação indica que os indivíduos que a atingem, apresentam grande probabilidade para preencher o critério diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV (1994) e o critério de Russell (1979); 2. escore médio (10 a 19 pontos), sugere um padrão alimentar não usual, em geral não estão presentes todos os critérios para diagnóstico de bulimia nervosa; 3. escore baixo (menos de 10 pontos) sugere ausência de anormalidade no comportamento alimentar, pois preenche os limites normais de padrão alimentar. Esta pontuação indica ausência tanto de compulsão alimentar quanto de bulimia nervosa (Henderson & Freeman, 1987; Cordás & Hochgraf, 1993).

→. *Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)*: Originalmente foi construído por Garner & Garfinkel (1979) numa versão de 40 itens para detecção precoce de anorexia, e outra menor, com 26 itens (EAT-26) (Garner *et al*, 1982). Esta última foi traduzida e adaptada para o português – Teste de Atitudes Alimentares em estudo de Nunes *et al.* (1994). Apresenta três subescalas principais de abordagem: dieta (treze primeiras questões, relacionadas com comportamento alimentar, tipos de alimentos e preocupação com a forma física); bulimia e preocupação com dieta (seis questões seguintes, relacionadas ao vômito induzido, compulsão e preocupação com dieta) e controle oral (sete últimas questões, envolvendo a duração das refeições, sua relação com fome e a pressão social para perda de peso) (Garner *et al*, 1982).

Cada questão do questionário apresenta seis possibilidades de respostas: 1. Nunca, 2. Raramente, 3. Às vezes, 4. Frequentemente, 5. Muito frequentemente e 6. Sempre. As perguntas são pontuadas na escala da seguinte forma: a resposta na direção anoréxica recebe 3 pontos (sempre), a resposta seguinte 2 pontos (muito frequentemente) e a próxima 1 ponto (frequentemente). As outras escolhas (menos anoréxicas) não recebem pontuação (Garner *et al*, 1982). Um escore com pontuações maiores que 20 pontos indica sintomatologias relacionadas à anorexia nervosa e, assim, comportamento alimentar sugestivo de anormalidade (Cordás & Neves, 2002; Nunes *et al.*, 1994; Garner *et al.*, 1982).

Vem sendo considerado um útil instrumento para rastreamento de comportamento sugestivo de transtorno alimentar em estudos populacionais, por ter alta sensibilidade – 100% (Nasser, 1986; Al-Subaie *et al.*, 1996) – e razoável

especificidade, sendo 81,2% em estudo de Al-Subaie *et al.* (1996) e 88,6% em estudo de Nasser (1986).

Destaca-se, ainda no Bloco B, a questão B6 que originalmente faz parte de um conjunto de questões introdutórias ao teste1 (Henderson & Freeman, 1987; Cordás & Hochgraf, 1993), que avaliou a autopercepção corporal da entrevistada. A seleção desta questão foi precedida de avaliação de questionários utilizados em estudos com objetivos semelhantes no Brasil e no mundo (Nunes, *et al.*, 2001; Veggi, 2004; Nakamura *et al.*, 1999).

Entre o Bloco B e o Bloco C, encontramos as questões relacionadas à aferição de peso e altura. Estas variáveis antropométricas são as medidas mais empregadas nos estudos epidemiológicos de avaliação do estado nutricional, devido a sua simplicidade e facilidade de aferição em coletividades (Willet, 1990). Através destas medidas, calcula-se o índice de massa corporal de Quetelet (IMC), indicador nutricional mais empregado em adolescentes e adultos. O IMC é obtido dividindo-se o peso, em quilogramas (kg), pela altura (em metros) elevada ao quadrado, sendo expresso em kg/m^2 . Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995), esse índice é um bom indicador de magreza e de excesso de peso na população. Segundo o valor encontrado do IMC, as universitárias foram classificadas segundo sua condição nutricional (Cole *et al.*, 2000; OMS 1995) (Anexo 4).

No Bloco D, apresenta-se o teste 3, o *General Health Questionary* – GHQ-12. É um questionário estruturado e autopreenchível para rastreamento de transtorno mental comum (TMC) (Goldberg & Blackwell, 1972). Tem sido amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais, para rastreamento de transtorno mental menor – depressão e ansiedade – em adolescentes, adultos e idosos (Mari & Williams, 1985; Bowling & Windsor, 1997; Ko *et al.*, 1999; Weich & Levis, 1998; Veggi, 2004; Menezes, 2002). Contempla períodos de tensão, depressão, incapacidade de luta ou enfrentamento, insônia de fundo ansioso, falta de confiança e outros problemas psicológicos (Wall *et al.*, 1997), nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário. Logo ele não é capaz de avaliar o tempo em que essas alterações se encontram presentes.

Segundo o método do *General Health Questionnaire* aqueles que foram positivos para 3 itens do GHQ (em 12 itens) serão considerados “prováveis caso” de

transtorno mental comum (TMC) (Goldberg & Williams, 1988). As respostas marcadas nas duas primeiras opções da pergunta foram consideradas negativas (ausentes), enquanto que aquelas que tiveram como resposta as duas últimas opções foram consideradas positivas (presentes). Tentaremos, desta maneira, verificar a existência ou não de “sofrimento psíquico” e sua associação com comportamento sugestivo de transtorno alimentar.

O GHQ foi validado em sua versão original (Stansfeld *et al*, 1999) e na versão brasileira (Mari & Williams, 1985) sendo em ambos os casos o *Clinical Interview Schedule* (Goldberg & Blackwell, 1970) utilizado como padrão ouro.

No Bloco E encontramos questões que abordam hábitos quanto à utilização de fumo e de bebida alcoólica (E1 até E4). Objetivando caracterizar praticantes de atividade física, foram coletadas informações sobre atividade usual de lazer, definida como qualquer atividade física praticada para melhorrar a saúde e/ou a condição física, ou realizada com o objetivo estético ou de lazer, praticada nas duas semanas anteriores à aplicação do questionário (caminhada, ioga ou alongamento, bicicleta ou natação, ginástica, tênis, vôlei, musculação, dança, corrida, futebol ou basquete, remo, lutas e outras). Considerou-se que a escolha de períodos curtos de tempo, estimam o padrão da atividade física com maior acurácia.

As questões incluídas neste bloco foram consenso de equipe multidisciplinar do Estudo Pró-Saúde, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Salles-Costa *et al.*, 2003), a partir da análise de estudos populacionais no Brasil (Sichieri, 1998; Matsudo *et al.*, 1996; Oliveira, 2000) e em outros países (Kriska & Caspersen, 1997).

4.4 - Desenvolvimento do trabalho de campo

4.4.1 - Treinamento de pessoal

A equipe de entrevistadores foi composta por supervisor de campo (pesquisador principal) e duas bolsistas antropometristas. Também participaram alunos voluntários por curso, que auxiliaram no processo de sensibilização da população feminina quanto à importância da participação na pesquisa com o preenchimento do questionário. O treinamento da equipe constou de discussões

teóricas sobre estado nutricional, transtornos alimentares e outros assuntos ligados ao tema. Foram realizadas simulações para abordagem da universitária, aplicação do questionário e padronização da tomada de medidas antropométricas. As tarefas e responsabilidades de cada integrante da equipe de pesquisa são descritas a seguir:

- Responsabilidades dos bolsistas antropometristas:

- levantamento dos horários dos cursos selecionados, assim como das disciplinas e da localização das salas de aula correspondentes;
- preparo do equipamento para aferição de peso e altura;
- distribuição dos questionários;
- mensuração do peso e altura;
- registro na planilha apropriada das alunas encontradas informando as que consentiram e participaram com o preenchimento do questionário e com a aferição das medidas antropométricas;
- revisão dos questionários;
- resgate das informações incompletas; e
- entrega dos questionários para o pesquisador principal.

- Responsabilidades do supervisor de campo:

- realização de treinamento com os bolsistas, assim como da padronização das mensurações antropométricas;
- agendar reuniões com as alunas e coordenar as reuniões e o processo de revisão dos questionários;
- estar presente em todas as salas de aula e coordenar o processo de sensibilização das universitárias para participação na pesquisa e a coleta de dados;
- realização do estudo de confiabilidade do processo de obtenção de dados;
- conferência do preenchimento dos questionários;
- participação e supervisão da entrada de dados;

4.4.2 – Estudo-piloto:

Para o estudo piloto foi escolhido de forma aleatória, uma sala de aula e os procedimentos padronizados foram testados com 20 universitárias. Após a avaliação do estudo piloto, uma segunda versão do questionário foi formulada, contemplando a inclusão de alguns detalhamentos. No bloco-A, na questão A-24, foi incluído o item hipertensão e no bloco-B, questão B-18 foi solicitado que a entrevistada referisse a utilização de frutas, tanto in natura como na forma de suco. Também foi determinado que a mensuração de peso e altura, só se realizariam após o preenchimento do questionário e entrega do mesmo, pois se observou que algumas alunas desejavam a inversão para “acertar” a questão B2 (Bloco B).

4.4.3 – Estudo de confiabilidade:

Após a revisão do instrumento de coleta de dados, foi realizado o estudo de confiabilidade (teste-reteste), com intervalo de oito dias entre as duas ocasiões, em amostra de 60 universitárias inscritas em cursos ligados à área de saber biomédica, de uma universidade pública. O preenchimento integral do questionário teve a duração de 20 a 50 minutos. O teste e o reteste foram realizados no mês de outubro de 2003. A estratégia de aplicação dos questionários foi idêntica àquela prevista para o estudo principal, isto é, preenchimento antes ou imediatamente após as aulas de disciplinas curriculares. A coordenadora da pesquisa dirigiu-se às alunas e foi feita a sensibilização do grupo de estudantes através da explanação da importância da pesquisa, da participação voluntária e seus objetivos. O consentimento informado foi lido por cada uma e assinado pelas que aceitaram participar, com posterior preenchimento do questionário. Dos 70 questionários distribuídos e devolvidos no teste, somente 60 universitárias concordaram e preencheram novamente o questionário no reteste (85,7%), constituindo esta nossa população de estudo. Observou-se no reteste que algumas universitárias se mostraram desinteressadas em participar, devido ao tempo gasto para preenchimento do questionário e a compromissos fora da universidade (Artigo 1 deste estudo)

4.4.4 - Coleta e digitação de dados:

A coleta de dados foi realizada de outubro de 2003 a janeiro de 2004. Destaca-se que o ano de 2003, na instituição onde a pesquisa foi realizada, o período letivo teve seu início em outubro e término em março, em virtude de alteração de cronograma acadêmico por motivo de greve docente na instituição.

O questionário foi aplicado em salas de aula de cada unidade acadêmica, dentro do turno no qual a universitária estava regularmente matriculada.

Os dados antropométricos, como peso e altura, foram aferidos após o término de preenchimento dos questionários.

Para mensuração do peso foi utilizada balança digital de marca Kratos-cas, Modelo Linea leve, com variação de 0,05 Kg e com capacidade de até 150 Kg. A medida ponderal foi tomada uma vez com a universitária descalça, sem casacos ou objetos pesados, registrando-se o valor em quilogramas. Foi realizada aferição da estatura, registrando-se em centímetros, utilizando-se fita métrica de material não-elástico (com variação de 1 mm e capacidade de 150 cm), fixada em uma superfície vertical, sem rodapés, a um ponto distante de 50 cm do chão com auxílio de um prumo e presa com fita adesiva. As universitárias ficaram descalças, de pé, eretas, braços estendidos e pés unidos e encostados à parede. No momento da aferição foi utilizado um esquadro de madeira colocado rente à cabeça, para maior precisão da medida (Gordon *et al.*, 1988).

Terminada a coleta de dados, foi feita a entrada das informações, através do programa EPI-INFO, V.6.0. Foi feita a limpeza dos dados após a digitação para garantir a qualidade da informação.

4.5 – Definição das variáveis de interesse

4.5.1 – Comportamento sugestivo de transtorno alimentar:

Com o aumento da importância epidemiológica dos transtornos alimentares, foram elaborados instrumentos auto-aplicáveis específicos para avaliação. Embora esse método para diagnóstico clínico de transtorno alimentar seja menos conclusivo que a entrevista clínica (Szmukler, 1985) e, mesmo, não possa substituir a

anamnese clínica para diagnóstico, esse método é aceito para rastreamento na população e identifica claramente mulheres com sério problema alimentar, pois seleciona a presença dos sintomas que caracterizam os transtornos alimentares (Fainburn & Beglin, 1990; Patton *et al.*, 1992; Cordás & Neves, 1999; Freitas *et al.*, 2002).

.*Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)*: Considerou-se a pontuação da seguinte forma: 1. escore elevado (> ou = 20 pontos), presença de padrão alimentar altamente desorganizado e a presença de episódios compulsivos (anormal); 2. escore médio (10 a 19 pontos), sugere um padrão alimentar não usual; 3. escore baixo (menos de 10 pontos) sugere ausência de anormalidade no comportamento alimentar, pois preenche os limites normais de padrão alimentar.

Salienta-se que os escores elevado e o médio são sugestivos de transtorno alimentar e foram considerados neste trabalho como “*presença de comportamento sugestivo de transtorno alimentar - bulimia nervosa*”.

Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26): Considerou-se pontuação maior que 20 pontos, indicativa de “*comportamento sugestivo de transtorno alimentar - anorexia nervosa*” (Cordás & Neves, 2002; Nunes *et al.*, 1994; Garner *et al.*, 1982).

Considerando-se que os dois instrumentos, BITE e EAT-26, complementam-se na avaliação dos sintomas sugestivos dos transtornos alimentares (anorexia e/ou bulimia nervosa), foi construída uma terceira variável que considerou os dois instrumentos, categorizando a variável “*comportamento sugestivo de transtorno alimentar*”, conforme os critérios a seguir:

- Comportamento sugestivo de transtorno alimentar*. escore superior ou igual a 10 pontos na escala de sintomas do BITE e/ou escore maior do que 20 pontos no EAT-26.

4.5.2 – Variáveis Demográficas

As variáveis idade e estado civil foram registradas através do questionário de identificação da avaliada (Bloco A – Anexo 2). Foram categorizadas da seguinte forma:

- *idade* – Calculada em anos completos até a data da entrevista: ≥ 17 a < 20 ; ≥ 20 a < 30 ; ≥ 30 a 47)

- *estado civil*: solteira, união estável, separada, viúva.

4.5.3 – Variáveis Socioeconômicas

Dentre as variáveis que podem ser indicadores do nível socioeconômico, o estudo utilizou dados referentes à atividade profissional e a renda familiar (Bloco A – Anexo 2). Estes dados foram categorizados da seguinte forma:

- *tipo de atividade profissional*: estuda e estuda e trabalha.

- *renda familiar* –incluiu o somatório de salários, aposentadorias, aluguéis e outros rendimentos em reais de todas as pessoas que contribuíram regularmente para as despesas da casa. As categorias estabelecidas foram computadas em reais: $< 720,00$; $\geq 720,00$ e $< 1200,00$; $\geq 1200,00$ e $< 2000,00$; $\geq 2000,00$ e $< 3000,00$; $\geq 3000,00$ (o valor do salário mínimo à época era de 240,00 reais). Não foi avaliada renda mensal per-capita, pois foi grande a dificuldade das entrevistadas para responderem o número de pessoas que viviam da renda mensal, em razão da situação conjugal dos pais.

4.5.4 - Avaliação da autopercepção corporal

As universitárias responderam diretamente como se percebiam: muito magras, magras, normais, gordas ou muito gordas. Foram consideradas 3 categorias, a saber: magra (muito magra + magra); normal; gorda (muito gorda + gorda) (Bloco B – Anexo 2).

4.5.5 - Avaliação de Transtorno Mental Comum.

Segundo o método do *General Health Questionnaire* aqueles que foram positivos para 3 itens do GHQ (em 12 itens) foram considerados “prováveis casos” de transtorno mental comum (TMC) (Goldberg & Blackwell, 1972; Goldberg & Williams, 1988; Mari & Williams, 1985) (Bloco D, teste 3 do Anexo 2).

4.5.6 - Atividade física de lazer

Foram coletadas informações sobre atividade usual em relação às duas últimas semanas anteriores ao preenchimento do questionário (caminhada, ioga ou alongamento, bicicleta ou natação, ginástica, tênis, vôlei, musculação, dança, corrida, futebol ou basquete, remo, lutas e outras) (Bloco E do Anexo 2). A variável foi categorizada como praticante e não praticante.

4.5.7 - Estado nutricional

Segundo o valor encontrado do IMC, as universitárias foram classificadas segundo sua condição nutricional. Para classificação utilizaram-se os pontos de corte proposto pela International Obesity Task Force (IOTF) segundo Cole *et al.*, 2000 (17 anos, IMC= 24,70 e 29,69; 18 anos ou mais, IMC=25,00 e 30,00 para sobrepeso e obesidade, respectivamente. Para classificação de baixo-peso utilizou-se recomendação da OMS (1995) (17 anos, IMC=16,59; 18 anos, IMC=16,71; 19 anos, IMC=16,87; de 20 até 24 anos, IMC=17,38, acima de 24 anos, IMC= igual a 18,5) (Anexo 4).

4.6. – Análise estatística

A descrição geral dos dados foi apresentada por meio de tabelas de distribuição de freqüências simples e relativas com intervalos 95% de confiança (IC 95%) (Tabela 1).

Foram apresentadas as prevalências de comportamento alimentar a partir da avaliação da escala de sintomas dos questionários BITE, EAT-26, e ainda da variável “presença de comportamento sugestivo de transtorno alimentar - CSTA”, esta última definida como variável dependente, utilizando-se como medida o escore na escala do BITE maior ou igual a 10 pontos e/ou escore positivo para o EAT-26 (maior de 20 pontos) (Tabela 2). Foram descritas as freqüências com IC95% de condutas inadequadas para auxiliar na perda de peso tais a utilização de: jejum, comprimido, diurético, laxante e vômito (Tabela 3) As freqüências de CSTA pelas variáveis incluídas no estudo foram apresentadas, assim como as razões de prevalência, com intervalos de confiança de 95% para a variável desfecho e variáveis explanatórias: área de saber do curso da universitária, estado civil, atividade profissional, renda familiar, estado nutricional, autopercepção corporal, presença de transtorno mental comum e prática de atividade física de lazer. Examinou-se, também, a prevalência de CSTA específicas por idade (Tabela 4).

A associação entre a variável de desfecho com cada uma das variáveis explanatórias do modelo foi testado utilizando-se inicialmente razões de prevalência (RP), brutas (Barros & Hirakata, 2003) (Tabela 4). Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com *p-valor* até 0,05. As variáveis que apresentaram na análise de associação univariada *p-valor* até 0,25 foram selecionadas para o modelo multivariado (Hosmer & Lemeshow, 2000). . As razões de prevalência foram estimadas através de regressão de Poisson com escala paramétrica ajustada pela estatística qui-quadrado (Barros & Hirakata, 2003), uma vez que o medelo não convergiu para resultados através do log-binomial.

O aplicativo Epi-Info versão 6 (CDC/WHO, 1994) foi usado para a entrada de dados e o programa STATA 7.0 (2001) para análise dos dados.

4.7 – Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética do Instituto de Medicina Social da UERJ, que considerou que a sua condução obedecia às normas estabelecidas.

A adesão ao preenchimento do questionário foi voluntária, constando do consentimento informado, esclarecimentos com relação à não-obrigatoriedade e a ausência de qualquer tipo de punição ou vantagem de ordem pessoal financeira ou curricular pela decisão tomada. A assinatura do termo de Consentimento (Anexo1) foi solicitada, após os esclarecimentos dados pela coordenadora da pesquisa, a quem aceitou participar.

Os questionários foram distribuídos, com a folha de consentimento informado anexada. Nas informações contidas no questionário incluíram-se o nome, endereço e telefone, mas o acesso a estas é de uso exclusivo da coordenadora do projeto, na condição de necessidade de contato posterior e provável seguimento do estudo. Os dados foram analisados de forma agregada, garantindo-se que os nomes dos participantes jamais serão divulgados ou farão parte de relatórios ou artigos científicos que venham a ser divulgados.

O estudo não envolveu riscos físicos, sociais ou legais aos participantes.

Foram considerados como estratégia recomendada para questões reconhecidamente sensíveis (doença e sintomatologia referida, aspectos psicológicos pessoais, consumo de bebidas, fumo, entre outros) a garantia da confidencialidade das informações e o acesso às informações pessoais somente por parte do coordenador da pesquisa.

Capítulo V – ARTIGO I

**TRANSTORNOS ALIMENTARES EM UNIVERSITÁRIAS: ESTUDO DE
CONFIABILIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DE QUESTIONÁRIOS
AUTOPREENCHÍVEIS**

*EATING DISORDERS IN UNDERGRADUATE STUDENTS: THE RELIABILITY
STUDY OF THE PORTUGUESE VERSION OF SELF-ADMINISTERED
QUESTIONNAIRES*

MAGALHÃES, Vera Cristina – Professora Assistente do Departamento de Nutrição Aplicada do Instituto de Nutrição Universidade do Estado do Rio de Janeiro; doutoranda do Curso de Saúde Coletiva – área de concentração: Epidemiologia, do Instituto de Medicina Social / UERJ.

Rua São Francisco Xavier, 524/12º andar/blocos D e E – CEP 20559-900 – Maracanã - Rio de Janeiro- RJ – Brasil. Correio eletrônico: vcmaga@aol.com / vcm@uerj.br

MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva – Professora Adjunta do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social / UERJ.

Rua São Francisco Xavier, 524/7º andar/blocos D e E – Maracanã - CEP 20559-900 – Rio de Janeiro- RJ – Brasil. Correio eletrônico: gulnar@uerj.br

- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Fonte de financiamento e conflito de interesses inexistentes.

Trabalho submetido e aprovado para publicação na “Revista Brasileira de Epidemiologia”

RESUMO

O Teste de Atitudes Alimentares e o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo são questionários, em versão brasileira, utilizados para rastreamento dos transtornos alimentares anorexia e bulimia nervosa. Outros comportamentos podem estar relacionados: a presença de transtorno mental comum, a autopercepção corporal inadequada, a frequência de leitura de revistas sobre dieta, a frequência do uso de dieta, a influência dos pais, a prática de atividade física, dentre outros. O objetivo deste estudo foi avaliar níveis de confiabilidade do Teste de Atitudes Alimentares, do Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo, do *General Health Questionnaire* e de outras questões, partes do questionário que investigou aspectos de saúde e comportamento alimentar em universitárias recém-ingressas em uma universidade pública no Rio de Janeiro. Utilizou-se um desenho de estudo de confiabilidade teste-reteste, em amostra de 60 universitárias, com média de idade de 20,2 anos. Para avaliação, calculou-se o Coeficiente Kappa (K). A confiabilidade dos escores globais do Teste de Atitudes Alimentares, Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo e prática de atividade física foi “quase perfeita”, assim como a questão autopercepção corporal, que foi, respectivamente $K=0,81$ (IC95% 0,59-1,0); $K=0,85$ (IC95% 0,70-0,99); $K=0,83$ (IC95% 0,70-0,93) e K_w (ponderado)=0,84 (IC95% 0,70-0,95). A confiabilidade da questão influência familiar, leitura de artigos sobre dieta, do *General Health Questionnaire* e frequência de uso de dieta para emagrecer foi “substancial”, respectivamente, $K=0,76$ (IC95% 0,57-0,95); $K_w=0,71$ (IC95% 0,52-0,91); $K=0,70$ (IC95% 0,54-0,93) e $K_w=0,92$ (IC95% 0,85-0,98). Os resultados sugerem que os questionários utilizados apresentaram boa reprodutibilidade das aferições para universitárias, assim como as demais questões.

Termos de indexação: Confiabilidade, Transtornos alimentares, Questionários, Transtornos mentais, Reprodutibilidade de resultados.

ABSTRACT

Eating Attitude Test and Bulimic Investigatory Test of Edinburgh are used to assess eating disorders symptoms of eating disorders. A variety of behaviors may be related with eating problems: minor psychiatric disorder; self perception of body weight, frequency of reading diet magazines; frequency of use of restrictive diets, family influence and physical activity. The objective of this study was to evaluate the reliability of the Portuguese version of the Eating Attitude Test, Bulimic Investigatory Test of Edinburgh, General Health Questionnaire and other issues related with eating disorders, as part of a multidimensional self-administered health and eating behaviors questionnaire.

A test-retest design was used as part of a pilot test conducted in a sample of 60 female undergraduate students from a public university in Rio de Janeiro, Brazil. Analyses were conducted using Kappa Coefficient (K). The mean of female age was 20.2 years. The main results showed that the reliability of the Eating Attitude Test, Bulimic Investigatory Test of Edinburgh, practice of physical activity and the question on self-perception of body weight was "almost perfect", respectively, $K=0.81$ (95%CI, 0.59-1.0); $K=0.85$ (95%CI, 0.70-0.99); $K=0.83$ (95%CI, 0.70-0.93) and $Kw=0.84$ (95%CI, 0.70-0.95). Reliability of parents' influence, frequency of reading diet articles, the GHQ's and frequency of use of restrictive diets was "substantial", respectively, $K=0,76$ (95%CI, 0,57-0,95); $Kw=0,71$ (95%CI, 0,52-0,91), $K=0,70$ (95%CI, 0,54-0,93) and $Kw=0,92$ (95%CI 0,85-0,98). Results suggest that these questionnaires are tools with good reproducibility for undergraduate students, as well as for other issues.

Index terms: Reliability, Eating disorders, Questionnaires, Mental disorders, Reproducibility of results.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são entidades de grande importância médico-social, pois podem comprometer seriamente a saúde dos indivíduos sintomáticos. Atitudes de comportamento alimentar preocupantes e problemáticas relativas ao medo da “gordura” são comumente encontradas. Esses transtornos são divididos em duas categorias principais: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Essas síndromes têm origem multifatorial, acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens em idade reprodutiva, e apresentam importantes prevalências na população geral. Segundo a *American Psychiatric Association*, a prevalência de anorexia nervosa varia cerca de 0,3 a 3,7% e a prevalência de bulimia nervosa é cerca de 1,1 a 4%, ambas na população jovem feminina.¹ Os homens também são acometidos, mas em proporções menores, representando apenas 10% dos casos dos transtornos alimentares.² O sentimento de negação da própria condição patológica, muitas vezes conseqüência de tabu existente em torno dos sintomas dos transtornos alimentares, leva essas síndromes a se estenderem por um longo período de tempo sem serem diagnosticadas, acarretando o aparecimento de comorbidades e agravos à saúde.

Devido à sua importância epidemiológica, urge ampliar esses estudos com a utilização de instrumentos específicos para seu rastreamento, para que o processo de intervenção e prevenção na população sejam efetivos. Os questionários autopreenchíveis são recomendáveis pela facilidade de administração, eficiência e economia no rastreamento de transtornos alimentares na população.³ Apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por constrangimento, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face a face com o entrevistador. Os instrumentos auto-aplicáveis mais utilizados são o *Eating Attitudes Test (EAT-26)*⁴ e o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE)*⁵, que apresentam versões em português, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)⁶ e o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE).⁷ O EAT-26 indica a presença de padrões alimentares anormais e fornece um índice de gravidade de preocupações típicas de pacientes com transtorno alimentar, particularmente, intenção de emagrecer e medo de ganhar peso. O BITE avalia

predominantemente comportamentos bulímicos, como ingestão excessiva de alimentos (*binge eating* ou orgia alimentar) e os métodos purgativos utilizados para compensar estes episódios exagerados de alimentação que levam o indivíduo a sentir-se mal, tais como provocação de vômitos, realização de jejum, uso de laxantes, diuréticos, anorexígenos e dieta.

Apontamos, dentre as comorbidades que parecem estar associadas aos transtornos alimentares, a presença de transtorno mental comum (TMC). O TMC pode ser avaliado através do instrumento General Health Questionnaire-GHQ-12.⁸ O GHQ-12 é um questionário estruturado e autopreenchível, adequado a diversas faixas etárias na população geral.^{9,10} Contempla períodos de tensão, depressão, incapacidade de luta ou enfrentamento, insônia de fundo ansioso, falta de confiança e outros problemas psicológicos. Tem sido utilizado em estudos populacionais para rastreamento de transtornos mentais comuns, juntamente com questionários para rastreamento de transtornos alimentares.^{11,12} Esse questionário foi validado em sua versão original por Stansfeld *et al.*¹³ e, na versão brasileira,⁹ tendo em ambos os casos o *Clinical Interview Schedule*⁸ como padrão ouro.

Também influencia no comportamento alimentar feminino: a autopercepção corporal, refletida como uma grande insatisfação com sua própria imagem corporal; a influência familiar; a frequência de uso de dieta restritiva, que quanto maior mais indicativa de preocupação com o peso corporal; a prática de atividade física e a leitura de revistas que exaltam a utilização de dieta restritiva e a magreza como símbolo de poder e de beleza. Esses indicadores podem predizer a abertura de condutas impróprias na tentativa de “perda de peso” e da “busca do corpo considerado por ela ideal”.

Sabedores da difícil apreensão dos eventos referidos em estudos epidemiológicos, tornou-se fundamental, para nosso estudo, a questão da reprodutibilidade e estabilidade das aferições e, conseqüentemente, a confiabilidade das informações colhidas.

Para instrumentos autopreenchíveis, uma das formas de avaliação da confiabilidade é o estudo teste-reteste. Uma vez que não existe interferência do entrevistador / observador no processo de aferição, procura-se avaliar a reprodutibilidade das aferições por sua estabilidade, ou seja, a capacidade de o instrumento produzir os mesmos resultados em momentos diferentes.¹⁴ O objetivo

deste estudo foi estimar, através da confiabilidade teste-reteste, a estabilidade dos instrumentos EAT-26, BITE, GHQ-12 e outras questões, partes integrantes de um questionário autopreenchível aplicado em universitárias ingressantes, através de concurso vestibular, numa universidade pública, no município do Rio de Janeiro.

MÉTODOLOGIA

Este estudo de confiabilidade teste-reteste faz parte de etapa do projeto de pesquisa que avaliou aspectos de saúde e comportamento alimentar de universitárias recém-ingressas numa universidade pública, em cursos de graduação nas áreas Biomédica e de Educação e Humanidades, no município do Rio de Janeiro, no ano de 2003. A população fonte do estudo principal foi de 561 mulheres aprovadas no vestibular e que se inscreveram em disciplinas curriculares no primeiro semestre de 2003.

Para seleção da amostra para o presente estudo de confiabilidade teste-reteste, realizou-se sorteio por área de conhecimento, tendo sido selecionado o Centro Biomédico (relação nominal totalizando 167 inscritas). Compõem sua estrutura, os cursos de Ciências Biológicas, Ciências Médicas, Enfermagem, Odontologia e Nutrição. Novo sorteio foi realizado, com o intuito de definir dia da semana em horário integral das aulas teóricas durante o mês de outubro de 2003, para realização do teste e do reteste com as alunas. Desta forma, 70 questionários foram distribuídos e devolvidos no teste, juntamente com o termo de consentimento informado devidamente assinado. Somente 60 universitárias concordaram, assinaram o consentimento informado e preencheram novamente o mesmo questionário, oito dias depois, no reteste, constituindo esta a nossa população de estudo (85,70% das participantes do teste). A estratégia de aplicação dos questionários foi idêntica àquela prevista para o estudo principal, isto é, preenchimento antes ou imediatamente após as aulas de disciplinas curriculares. A coordenadora da pesquisa dirigiu-se às alunas e foi feita a sensibilização do grupo de estudantes, através da explanação da importância da pesquisa, dos seus objetivos e da participação voluntária. O termo de consentimento informado foi lido por cada uma e assinado pelas que aceitaram participar, com posterior preenchimento do questionário. Durante esta etapa, a autora estava presente para elucidar quaisquer dúvidas apresentadas pelas alunas durante o preenchimento,

com o apoio de duas estudantes previamente treinadas. O preenchimento integral do questionário variou de 20 a 50 minutos.

Observou-se no reteste que algumas universitárias se mostraram desinteressadas em participar, devido ao tempo gasto para preenchimento do questionário e a compromissos fora da universidade.

O questionário avaliou, além do comportamento alimentar, a situação socioeconômica, a morbidade referida, a história de peso corporal, a autopercepção corporal, o índice de massa corporal, a atividade física, a saúde mental, o consumo de tabaco, álcool e de medicamentos.

O instrumento BITE constitui-se de 33 questões, com 30 questões dirigidas à sintomatologia bulímica, variando de 0 até 30 pontos. A resposta “sim” representa a presença do sintoma, valendo 1 ponto, enquanto a resposta “não” significa a ausência (0). Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31, pontua-se inversamente. Escore abaixo de 10 pontos foi considerado normalidade e escore igual ou acima de 10 pontos foi considerado presença de comportamento alimentar de risco. A escala de gravidade dos sintomas é avaliada pelos itens 6, 7 e 27, e se aplica quando o escore na escala de sintomas é superior a dez.^{6,8}

O instrumento EAT-26 é composto por 26 questões dirigidas à sintomatologia anoréxica, podendo variar de 0 a 78 pontos. Apresenta respostas em escala Likert, onde a opção “sempre” vale 3 pontos, “muito freqüentemente”, 2 pontos; “freqüentemente”, 1 ponto e as demais não recebem pontuação (às vezes, raramente e nunca). Considerou-se pontuação igual ou maior que 20 sugestiva de comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares (casos) e menor de 20 ausência de transtorno alimentar.^{15,6}

No preenchimento do GHQ-12, as respostas marcadas nas duas primeiras opções da pergunta (de jeito nenhum; não mais que de costume) foram consideradas negativas (ausentes), enquanto aquelas que tiveram como resposta as duas últimas opções (um pouco mais que de costume; muito mais que de costume) foram consideradas positivas (presentes). Seguindo o método do *General Health Questionnaire*, aquelas que foram positivas para 3 itens, considerando-se as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário, foram classificadas como casos de transtorno mental comum (TMC).¹⁶

A prática de atividade física foi aferida através da pergunta “Nas duas últimas semanas, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?”, com as opções “sim” ou “não”.¹⁷ Essas orientações temporais foram decisivas para a escolha dos oito dias como intervalo para o reteste.

A influência familiar no comportamento alimentar da jovem foi estimada através da presença ou não da censura dos pais em relação ao peso ou à dieta da jovem.¹⁸ A questão referente foi: “Seu pai e/ou sua mãe critica(m) você com relação ao seu peso ou dieta?”, com as opções “sim” ou “não”.

Para análise da autopercepção corporal, a avaliação se deu através da questão “Como você se sente em relação ao seu peso?”, com opções “muito gorda”, “gorda”, “normal”, “magra” e “muito magra”.¹⁹

A avaliação da frequência da leitura de revistas e/ou jornal que orientasse sobre dieta ou perda de peso corporal foi feita com as opções “nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes” e “sempre”.²⁰

Na avaliação de uso de dieta restritiva para emagrecimento, foram utilizadas as opções: “nunca”; “já fiz de 1 a 5 vezes” ; “já fiz de 6 até 10 vezes” ; “de 11 até 15 vezes”; “mais de 15 vezes”.²¹

A avaliação da confiabilidade teste-reteste do EAT-26, BITE, GHQ-12, da influência familiar e da prática de atividade física, consideradas categóricas binárias, foi realizada pelo Coeficiente Kappa simples (K), que mediu níveis de concordância entre as respostas fornecidas pelos respondentes nas duas ocasiões, corrigindo a concordância esperada por acaso.²² Para as demais questões consideradas ordinais, como autopercepção corporal; frequência de uso de dieta para emagrecimento e frequência de leitura de artigos sobre dieta para emagrecimento, estimou-se o Kappa ponderado (Kw).¹⁴ O Kappa ponderado (com pesos quadráticos) avaliou a concordância, considerando-se não só o grau de concordância perfeita (diagonal principal da tabela de contingência), mas também a magnitude da discordância ao atribuir pesos diferenciados de acordo com maior ou menor proximidade entre as categorias da variável.¹⁴ Para todas as estatísticas foram estimados intervalos de confiança de 95%.

Para interpretação das estimativas de confiabilidade, foram utilizados os valores de Kappa propostos por Shrout,²³ nos quais se estabelecem cinco categorias

de concordância para as estimativas de confiabilidade, a partir dos valores encontrados para o Kappa: quase perfeita (>0,80); substancial (0,61 a 0,80); moderada (0,41 a 0,60); regular (0,21 a 0,40); fraca (0,01 a 0,20) e pobre (0,00).

Os dados foram analisados através do pacote estatístico STATA-7.0.²⁴

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

A população de estudo (60 universitárias) tinha em média 20,2 anos de idade (IC 95% 19,81-20,59). As Tabelas 1 e 2 sumarizam, respectivamente, os resultados de confiabilidade teste-reteste dos questionários EAT-26 e BITE (Tabela 1), GHQ-12 (Tabela 2). Com relação à avaliação dos questionários que investigaram a sintomatologia para rastreamento de transtornos alimentares (EAT-26 e BITE), foram observadas estimativas pontuais para Kappa de 0,81 e 0,85, consideradas quase perfeitas, com intervalos de confiança (IC 95%), respectivamente de 0,59 a 1,0 e 0,66 a 0,96, o que indica bom desempenho desses instrumentos quanto aos seus escores gerais.(Tabela 1).

A estimativa de TMC através do GHQ-12 revela Kappa de 0,70 (IC 95% 0,54-0,93), mostrando que a estabilidade do processo de aferição é classificável como substancial (Tabela 2).

A equivalência dos processos de aferição das questões autopreenchíveis em relação aos fatores possivelmente associados aos transtornos alimentares – tais como prática de atividade física; crítica dos pais em relação ao peso e dieta; autopercepção corporal; frequência de dieta para emagrecer e frequência de leitura de revistas sobre dieta – encontra-se apresentada na Tabela 3.

A estabilidade das questões, prática de atividade física, a autopercepção corporal e frequência de realização de dieta restritiva para emagrecimento, foi avaliada como quase perfeita, apresentando, respectivamente, Kappa de 0,83 (IC 95% 0,70-0,93) e Kappa ponderado de 0,88 (IC 95%, 0,68-0,97) e Kappa ponderado de 0,92 (IC 95% 0,85-0,98). Já para as questões influência dos pais, leitura de artigos sobre dieta e perda de peso corporal, a confiabilidade da concordância foi considerada substancial. Esta apresentou, respectivamente, valores de Kappa de 0,76 (IC 95%, 0,57-0,95) e Kappa ponderado de 0,71 (IC 95% 0,54-0,85).

DISCUSSÃO

Os questionários EAT-26 e BITE vêm sendo utilizados em diversos países. Têm sido apontados como escalas mais utilizadas nos estudos sobre transtornos alimentares,²⁵ indicando boa performance no rastreamento de transtornos alimentares.²⁶ Entretanto, não foi encontrado estudo de investigação da confiabilidade teste- reteste do escore total das escalas.

O questionário autopreenchível aplicado, apesar de extenso, foi respondido em sua totalidade pela população de estudo, sugerindo clareza de linguagem e compreensão dos itens. O estudo sugere uma adequação do processo de aferição no âmbito da estabilidade das informações colhidas, com resultados de confiabilidade satisfatórios.

A definição exata do intervalo entre as duas medidas, considerando-se que o tempo entre elas deva ser distante o suficiente para reduzir o viés de memória, mas próximo para diminuir a probabilidade de alterações sistemáticas, torna tal definição arbitrária.²³ Acredita-se que o espaço de tempo de oito dias, utilizado entre o teste e o reteste em função da necessidade de análise do ocorrido “nas duas últimas semanas” e objetivando a diminuição da variação ocasional de sintomas entre as entrevistas, não tenha enviesado os resultados. Além disso, na primeira entrevista, as universitárias não foram informadas do reteste, o que acreditamos ter contribuído para reduzir artefatos de seleção e de memória.

A escolaridade das respondentes já havia sido enfatizada como fator importante para estudos de confiabilidade.²⁷ Todas as respondentes do presente estudo ingressaram na universidade através de concurso público e apresentavam segundo grau completo, o que pode ter colaborado para os resultados apresentados, por facilitar a compreensão das questões formuladas e, conseqüentemente, a produção de respostas consistentes.

Para qualificação da confiabilidade dos questionários EAT-26 e BITE, e ainda das questões que estudaram a prática de atividade física e a autopercepção corporal, tomando-se como base inferencial os estimadores de ponto de Kappa, interpretamos como “quase perfeita”.²³ As questões que avaliaram a influência dos pais no comportamento alimentar, a freqüência de leitura de artigos sobre dieta e

perda de peso corporal, a frequência de realização de dieta restritiva para emagrecimento e ainda o questionário GHQ-12, obtiveram concordância “substancial”.

Aponta-se, entretanto, a limitação da utilização do Kappa ponderado como única medida de concordância para variáveis ordinais, por não fornecer informação a respeito da estrutura de concordância e discordância das respostas.²⁸ Esta investigação consiste em estudar na tabela de contingência as frequências observadas e esperadas ao acaso tanto da diagonal principal como fora desta. Em nosso estudo, não foi possível avaliar adicionalmente os dados através de modelos log-lineares, que permitiriam identificar padrões de concordância e discordância, pois o número reduzido de indivíduos avaliados, e conseqüentemente a presença de frequências baixas e nulas acarretaram problemas de instabilidade nas estimativas dos parâmetros dos modelos, invalidando o processo de ajustamento e a análise.

O tamanho amostral relativamente pequeno também aumentou a amplitude dos intervalos de confiança, com diminuição da precisão dos valores encontrados. Essas características indesejáveis não são raras em estudos cuja função precípua é avaliar a qualidade do processo de uma investigação epidemiológica maior. É mister apontar, no entanto, que mesmo com tais limitações, oriundas de tempo reduzido para investigação e dos escassos recursos financeiros e humanos, os resultados foram satisfatórios e apontam concordâncias que variam de moderadas a substanciais, considerando-se os valores dos limites inferiores e superiores dos intervalos de confiança (IC 95%).

Em relação à representatividade desta população de estudo para inferência dos resultados, é possível supor que os resultados possam ser generalizados para as universitárias ingressantes na universidade pública, sede do estudo. Nas proporções de entrevistas realizadas no teste e no reteste, não foram detectadas variações relevantes segundo idade; e ainda a escolaridade e o sexo, que não variaram. Luz,²⁹ em estudo com ingressantes em três cursos de diferentes áreas de saber em uma universidade de Belo Horizonte, não encontrou associação entre presença de sintomas para transtornos alimentares, avaliados através do BITE e EAT-26, e o curso universitário.

Estudos de confiabilidade de instrumentos semelhantes ao utilizado no presente estudo, à exceção do GHQ-12 e da prática de atividade física, não foram identificados no Brasil. Por isso não foi possível estabelecer comparações.

Menezes,¹⁰ em estudo de confiabilidade com GHQ-12 em adolescentes portadores de doença crônica, com média de idade de 16 anos, considerando caso, três questões positivas, encontrou Kappa igual a 0,84 (IC 95% 0,48-1,0), considerando boa a reprodutibilidade do instrumento para adolescentes. Nosso estudo, realizado com universitárias, encontrou Kappa de 0,70, considerado substancial.

Salles *et al.*(2003),¹⁷ avaliaram a confiabilidade teste-reteste da prática ou não de atividade física de lazer entre 86 funcionárias contratadas de uma universidade pública, encontrou Kappa de 0,54 (IC 95% 0,39-0,68), considerado moderado pelo critério de Shrout,²³ diferentemente de nosso estudo, cujo estimador Kappa foi de 0,83 (0,70-0,93).

Comparando-se os resultados dos estudos citados acima com os nossos, é possível enfatizar que as diferenças nas populações de estudo contribuíram para as diferenças nos resultados. Esse fato corrobora a literatura, que ressalta a necessidade dos estudos de confiabilidade para certificação de que o instrumento que se quer aplicar apresenta boa reprodutibilidade para a população que se pretende estudar.

Os resultados do presente estudo sugerem que a versão em português do EAT-26 do BITE, do GHQ-12 e das demais questões analisadas são instrumentos que apresentam boa reprodutibilidade das aferições para ingressantes do sexo feminino em universidade pública.

Estudos adicionais em nível nacional sobre a confiabilidade e também sobre a validade dos questionários para rastreamento dos transtornos alimentares se fazem necessários, para melhor avaliação psicométrica dos instrumentos.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association. *Practice guideline treatment for psychiatric disorders: compendium 2000*. Washington (DC): The Association, 2000.
2. Melin, P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatria* 2002;24(3):73-76.
3. Freitas S, Gorenstein C, Appolinário JC. Instrumento para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24 supl 3:34-38.
4. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1982;2:14-34.
5. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.
6. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JÁ, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Rev ABPAPAL* 1994;16(1):7-10.
7. Cordás TA, Hochgraf PO. "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão português. *J Bras Psiquiatr* 1993; 42:141-144.
8. Goldberg DP, Blackwell B. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Mandsley monograph nº 21*. London: Oxford University Press; 1972.
9. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-659.
10. Menezes CRAM. *Morbidade Psiquiátrica Menor entre adolescentes cronicamente doentes atendidos em ambulatórios especializado no Rio de Janeiro* [dissertação

de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

11. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls- a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow –up. *Psychol Med* 1990;20:383-394.
12. Furukawa T. Weight changes and eating attitudes of japanese adolescents under acculturative stresses: a prospective study. *Int J Eat Disord* 1993;15(1):71-79.
13. Stansfeld AS, Fuhrer R, Shipley M J, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1999;56:302-307.
14. Fleis JL. *Statistical methods for proportional*. New York : John Wiley & Sons; 1981.
15. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: na index of simptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-279.
16. Goldberg DP, Willians P. *A users guide to General Health Questionnaire*. Windsor: NFER- Nelson; 1988.
17. Salles-Costa R, Werneck GL, Lopes CS, Faerstein E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(4):1095-1105.
18. Hertherning MM. Eating disorders: diagnoses, etiology and prevention. *Nutrition* 2000; 16(7/8):547-551.
19. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção corporal do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais *Rev Brás Psiquiatr* 2001;23(1):21-7.

20. Utter J, Neumark-Stainer D, Wall M, Story M. Reading magazines articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *J Adolesc Health* 2003; 32:78-82.
21. Ackard DA, Croll JK, Kearney-Cooke A. Dieting frequency among college females: association with disordered eating, body image and related psychological problems. *J Psychom Res* 2002;52:129-136.
22. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
23. Shrout PE. Reliability. En: *Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP*. Textbook in psychiatric epidemiology . New York: Wiley & Sons; 1995. p. 213-228.
24. Statacorp Stata Statistical Software: release 7.0. Texas: Stata corporation, 2001.
25. Cordás TA, Neves JEP. Escalas de Avaliação em transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín* 1999;26 (1, nº esp): 41-47.
26. Garfinkel PE, Newman A. The eating attitudes test: twenty-five years later. *Eat weight disord* 2001;6:1-24.
27. Lopes CS, Faerstein E. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: estudo Pró-Saúde. *Rev Bras de Psiquiatr* 2001;23(3):126-133.
28. Silva EF, Pereira MG. Concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Rev Saúde Pública* 1998.32(4):383:393.
29. Luz, SS. *Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em universitários de Belo Horizonte* [tese de doutorado]. São Paulo: USP; 2003.

Tabela 1 – Confiabilidade teste-reteste dos questionários autopreenchíveis para rastreamento de transtornos alimentares em universitárias recém-ingressas em uma universidade pública, RJ, Brasil, 2003.

Table 1 – Test-retest reliability of self-administered questionnaires to track eating disorders in first-term undergraduate female students from a public university in Rio de Janeiro, Brazil, 2003.

Variáveis		Tabela de contingência		Kappa (IC-95%)
EAT-26	Teste	Sim	Reteste 5	0,81 (0,59-1,00)
		Não	1	
BITE	Teste	Sim	Reteste 17	0,85 (0,66- 0,96)
		Não	2	

Tabela 2 – Confiabilidade teste-reteste de questionário autopreenchido para rastreamento de transtorno mental comum em universitárias recém ingressas em uma universidade pública, RJ, Brasil, 2003.

Table 2 – Test-Retest reliability of self administered questionnaire to track common mental disorder in first-term undergraduate female students from a public university in Rio de Janeiro, Brazil, 2003.

Variáveis		Tabela de contingência			Kappa (IC-95%)
GHQ-12	Teste	Sim	Reteste		0,70 (0,54-0,93)
			Sim	Não	
		Não	4	27	

Tabela 3 – Confiabilidade teste-reteste de relato de eventos associados aos transtornos alimentares, em questionário autopreenchível em universitárias recém-ingressas em uma universidade pública, RJ, Brasil, 2003.

Table 3 – Test-Retest reliability of reported events associated with eating disorders in self-administered questionnaires, in first-term undergraduate students from a public university in Rio de Janeiro, Brazil, 2003.

Variáveis	Tabela de contingência		Kappa (IC-95%)							
Prática de atividade física	Reteste		0,83 (0,70-0,93)							
	Teste	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Não</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">25</td> </tr> </table>			Sim	Não	Sim	30	2	Não
	Sim	Não								
Sim	30	2								
Não	3	25								
Crítica dos pais ao peso e/ou dieta	Reteste		0,76 (0,57-0,95)							
	Teste	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Sim</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Não</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">44</td> </tr> </table>			Sim	Não	Sim	11	4	Não
	Sim	Não								
Sim	11	4								
Não	1	44								
Autopercepção corporal	Reteste		0,88* (0,68-0,97)							
	Teste	Gorda		Normal	Magra					
		Gorda		10	1	0				
		Normal		2	38	0				
Magra		0	1	8						
Frequência de leitura de artigos sobre dieta	Reteste		0,71* (0,54-0,85)							
	Teste	Não		Quase nunca	Às vezes	Sempre				
		Não		3	0	0	0			
		Quase nunca		0	6	1	0			
		Às vezes		1	8	30	0			
Sempre		0	0	2	9					
Frequência de uso de dieta para emagrecer	Reteste		0,92* (0,85-0,98)							
	Teste	Nunca		1 a 5	6 a 10	11 a 15	+ de 15			
		Nunca		28	2	0	0	0		
		1 a 5		1	20	0	0	0		
		6 a 10		0	0	4	1	0		
		11 a 15		0	0	0	0	0		
+ de 15		0	0	0	1	3				

*Valores de Kappa ponderado.

* Weighted Kappa

Capítulo VI – ARTIGO II

**COMPORTAMENTO SUGESTIVO DE TRANSTORNO ALIMENTAR EM ALUNAS
RECÉM-INGRESSAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS**

*BEHAVIOR SUGGESTIVE OF EATING DISORDERS IN RECENTLY ADMITTED
UNDERGRADUATE FEMALE STUDENTS FROM A PUBLIC UNIVERSITY IN THE
CITY OF RIO DE JANEIRO:PREVALENCE AND ASSOCIATE FACTORS*

MAGALHÃES, Vera Cristina – Professora Assistente do Departamento de Nutrição Aplicada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Epidemiologia, do Instituto de Medicina Social / UERJ.

Correio eletrônico: vcмага@aol.com / vcm@uerj.br

MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva – Professora Adjunta do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social / UERJ.

Correio eletrônico: gulnar@uerj.br

- Baseado em pesquisa realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro sobre aspectos da saúde e comportamento alimentar das universitárias ingressantes em 2003, para tese de doutorado a ser apresentada ao Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.
- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Fonte de financiamento e conflito de interesses inexistentes.

RESUMO

Introdução: Transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nas últimas décadas. Ressaltam-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e ainda as síndromes parciais.

Objetivo: Analisar a prevalência de comportamento sugestivo de transtornos alimentares e possíveis fatores associados, em alunas recém-ingressas em curso de graduação da área Biomédica ou Educação e Humanidades, de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro em 2003.

Metodologia: Delineamento transversal no qual 512 universitárias, que preencheram questionário contendo: o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE), para avaliar presença de comportamento sugestivo de transtornos alimentares; o *General Health Questionary*, para avaliar presença de transtorno mental comum e outras questões relacionadas a autopercepção corporal, prática de atividade física de lazer e estado nutricional. Foram estimadas razões de prevalência brutas e ajustadas através de regressão de Poisson.

Resultados: A média de idade foi de 21,5 anos. Foram detectadas prevalências de 16,99% no EAT-26, 25,00% no BITE e 33,40% na análise conjunta dos dois instrumentos. Foram encontradas associações significativas entre comportamento sugestivo de transtorno alimentar e estudar em curso da área de Educação e Humanidades (RP=1,41;IC95%1,06-1,89), estar na faixa etária de 17 a 20 anos (RP=1,78;IC95%1,01-3,14) e de 20 a 30 anos (RP=1,75;IC95%1,01-3,04), sentir-se gorda (RP=1,84;IC95%1,39-2,42) e apresentar transtorno mental comum (RP=1,42;IC95%1,01-1,83).

Conclusão: Ações educativas para controle e prevenção de comportamento sugestivo de transtorno alimentar para universitárias devem ser estimuladas.

Termos de indexação: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Transtorno alimentar, Estudos sugestivo de de prevalência, Fatores de risco

ABSTRACT

Background: Eating disorders are behavioral syndromes whose diagnoses criteria have been widely studied during the last decades. Anorexia nervosa, bulimia nervosa and partial syndromes stand out.

Objective: To estimate the prevalence of behaviors suggestive of eating disorders and associated factors, in undergraduate female students from a public university in the city of Rio de Janeiro, recently admitted to courses in the Biomedical and in the Education and Humanities areas.

Method: Cross-sectional study whose sample consisted of 512 students who answered a self-reported questionnaire based on the Eating Attitudes Test (EAT-26), Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), used to investigate behaviors suggestive of anorexia and bulimia nervosa. It also included the General Health Questionnaire and questions about body image perception, leisure-time physical activity and nutritional evaluation. Ratios prevalences were estimated through Poisson regression.

Results: The mean age was 21.5 years old. Prevalences of 16.99% have been detected in the EAT-26, 25.00% in the BITE, and 33.40% in the joint analysis of both instruments. There was significant association between behavior suggestive of eating disorders and attending a course in the field of Education and Humanities (PR=1.41;CI95%1.06-1.89), age between 17 and 20 years (PR=1.78;CI95%1.01-3.14), and between 20 and 30 years old (PR=1.75;CI95%1.01-3.04), self-perception of being overweight (PR=1.84;CI95%1.39-2.42), and presence of common mental disorder (PR=1.42;CI95%1.01-1.83).

Conclusion: Educational actions for control and prevention of eating behavior suggestive of eating disorder among undergraduate female students must be fostered.

Keywords: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Eating disorders, Prevalence studies, Risk factors.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujo interesse e importância epidemiológica favoreceram a crescente discussão e a ampliação de estudos nas últimas décadas. Destacam-se a anorexia nervosa (AN), já descrita no século XIX, mas com critérios operacionais reconhecidos na década de 1970; a bulimia nervosa (BN), descrita em 1979 por Gerald Russell, e os transtornos alimentares atípicos (1980). Esta última denominação é aplicada a grupos que não apresentam sintomas completos para diagnóstico de AN nem para BN.¹ Esses quadros parciais são mais frequentes que as síndromes completas (5:1) e sugere-se que possa existir um *continuum* da patologia cujo extremo é representado pela AN e BN.² Critérios diagnósticos como o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Associação Americana de Psiquiatria² e a CID-10 (International Statistical Classification of Diseases) da OMS³, estabelecem parâmetros clínicos para identificação de casos.

Ressalta-se que a BN e a AN apresentam psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, em que predominam o medo de engordar e a insatisfação com o peso e a forma física, que levam as pacientes a se engajar em dietas extremamente exageradas e/ou a utilizar métodos inapropriados para perda de peso.⁴

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que mulheres jovens constituem o grupo mais vulnerável aos transtornos do comportamento alimentar. Segundo a APA⁵, a prevalência de AN varia de 0,3 a 3,7% e a prevalência de BN é de 1,1 a 4,2%, ambas na população jovem feminina. As síndromes de transtornos alimentares parciais, aplicando-se os critérios da DSM-IV, ocorrem em 2 a 5% das mulheres jovens.⁶ Os homens também são acometidos, mas em proporções menores. Hay (2002) refere o trabalho de revisão sistemática sobre incidência cumulativa de transtornos alimentares realizado por Pawluck e Gorey (1998), que encontraram incidência média anual para anorexia nervosa na população em geral de 18,5 por 100.000 (DP=21,01) entre mulheres, e de 2,25 por 100.000 (DP=2,63) anualmente entre homens. Para bulimia nervosa, estes apontam incidência de 28,8 (DP=29,7) entre mulheres e 0,8 (DP=0,0) em homens por 100.000 a cada ano.

O modelo etiológico que explica a gênese e a manutenção dos transtornos alimentares é multifatorial, e se baseia na hipótese de que vários fatores biológicos, psicológicos e sociais estejam envolvidos, inter-relacionando-se.^{9,10.}

A importância das normas e padrões sociais da cultura ocidental dominante, que preconiza o corpo “magro” como estereótipo da beleza feminina e símbolo de sucesso, deve ser considerada.^{11,12.} Essa pressão social pode afetar o padrão das pessoas com relação à autopercepção corporal, que provavelmente reflete a satisfação e as preocupações sobre o peso corporal^{13,14,15.} A influência da percepção do peso corporal no comportamento alimentar, sobrepondo-se ao índice de massa corporal, foi evidenciada em estudos^{16,17,18.} e está associada aos comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso.^{19,20.} A presença de morbidade psiquiátrica também aumenta o risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.²¹

O sentimento de negação da própria condição patológica, muitas vezes somado ao tabu existente em torno dos sintomas dos transtornos alimentares, pode acarretar em longo prazo o aparecimento de comorbidades e agravos à saúde. Em adolescentes, o crescimento e o desenvolvimento podem ser comprometidos com a diminuição do consumo de nutrientes imposta pela síndrome. As práticas inadequadas utilizadas para perda de peso também trazem sérios prejuízos à saúde, e complicações como alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, dentre outras podem estar presentes.⁹

No âmbito desta investigação, o objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de comportamento sugestivo de transtorno alimentar e de possíveis fatores associados, em universitárias recém-ingressas nos cursos de graduação de uma universidade pública no município de Rio de Janeiro, Brasil.

METODOLOGIA

Este é um estudo de delineamento transversal, com uma amostra constituída por todas as estudantes que ingressaram em uma universidade pública no primeiro semestre de 2003, em campus situado no município do Rio de Janeiro e se inscreveram em disciplinas nos cursos de graduação ligados à área Biomédica (Nutrição, Odontologia, Biologia, Enfermagem e Medicina) e de Educação e Humanidades (Pedagogia, Artes, Psicologia, Educação Física, Comunicação Social e Letras). Das 561 mulheres ingressantes, 2 (0,35%) foram excluídas por referirem estar grávidas na data da entrevista. Desse modo, a população elegível para o estudo totalizou 559 universitárias. Não foram entrevistadas 47 universitárias (8,38%), por recusas e perdas. Logo, o estudo incluiu 512 universitárias, 91,26% do total inicialmente planejado.

A equipe de entrevistadores foi composta pela pesquisadora principal e duas bolsistas antropometristas. Também participaram alunos voluntários por curso, que auxiliaram no processo de sensibilização da população feminina quanto à importância de participar da pesquisa mediante o preenchimento do questionário de forma voluntária, mediante assinatura em termo de consentimento informado. A coleta de dados foi realizada de outubro a janeiro de 2004. O questionário foi aplicado em salas de aula de cada unidade acadêmica, dentro do turno do curso no qual a universitária estava regularmente matriculada.

Cada universitária incluída no estudo respondeu ao questionário estruturado “Saúde das Universitárias da UERJ”, que abordou as seguintes variáveis:

Demográficas: idade (em anos completos) e estado civil (solteira, união estável, separada e viúva).

Socioeconômicas: tipo de atividade profissional (estuda e estuda e trabalha) e renda familiar (renda em reais com base no salário mínimo da época, que era de duzentos e quarenta reais). Renda incluiu o somatório de salários, aposentadorias, aluguéis e outros rendimentos em reais de todas as pessoas que contribuíram regularmente para as despesas da casa.

Autopercepção corporal: a seleção desta questão foi precedida de avaliação de questionários utilizados em estudos com objetivos semelhantes no Brasil e

no mundo.^{26,21,23.} As universitárias responderam diretamente como se percebiam: muito magras, magras, normais, gordas ou muito gordas. Foram consideradas três categorias, a saber: magra (muito magra + magra); normal; gorda (muito gorda + gorda).

Transtorno mental comum: através do *General Health Questionary* – GHQ-12. É um questionário estruturado e autopreenchível utilizado para rastreamento de transtorno mental comum.^{24.} Foi validado na versão brasileira,²⁵ sendo utilizado, em ambos os casos, o *Clinical Interview Schedule*²⁶ como padrão ouro. Tem sido amplamente utilizado em pesquisas internacionais e nacionais, para rastreamento de transtorno mental menor – depressão e ansiedade – em adolescentes, adultos e idosos.^{25,27,28.,22} Contempla períodos de tensão, depressão, incapacidade de luta ou enfrentamento, insônia de fundo ansioso, falta de confiança e outros problemas psicológicos, nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário.²⁹

Segundo o método do GHQ-12, aqueles que foram positivos para três itens (em 12 itens) serão considerados “prováveis casos” de transtorno mental comum (TMC).³⁰ As respostas marcadas nas duas primeiras opções da pergunta foram consideradas negativas (ausentes), enquanto que aquelas que tiveram como resposta as duas últimas opções foram consideradas positivas (presentes).

Atividade física de lazer: foram coletadas informações sobre atividade usual em relação às duas últimas semanas anteriores ao preenchimento do questionário, objetivando caracterizar praticantes ou não, de atividade física realizada no tempo destinado ao lazer.³¹

Estado nutricional: as variáveis antropométricas peso e altura são as medidas mais empregadas nos estudos epidemiológicos de avaliação do estado nutricional, devido a sua simplicidade e facilidade de aferição em coletividades.³² Para mensuração do peso foi utilizada balança digital de marca Kratos-cas. Modelo Linea leve, com variação de 0,05 Kg e com capacidade de até 150 Kg. A aferição da estatura foi registrada em centímetros, utilizando-se fita métrica de material não-elástico (com variação de 1 mm e capacidade de 150 cm), fixada em superfície vertical, sem rodapés,

a um ponto distante de 50 cm do chão com auxílio de um prumo e presa com fita adesiva.

Através dessas medidas, calculou-se o índice de massa corporal de Quetelet (IMC), indicador nutricional mais empregado em adolescentes e adultos. O IMC é obtido dividindo-se o peso, em quilogramas (kg), pela altura (em metros) elevada ao quadrado, sendo expresso em kg/m^2 . Segundo a Organização Mundial de Saúde,³³ este índice é um bom indicador de magreza e de excesso de peso na população. De acordo com o valor encontrado do IMC, as universitárias foram classificadas segundo sua condição nutricional. Para classificação de sobrepeso e de obesidade, utilizaram-se os pontos de corte propostos pela International Obesity Task Force (IOTF)³⁴, segundo Cole *et al.*, 2000 (17 anos, IMC=24,70 e 29,69; 18 anos ou mais, IMC=25,00 e 30,00 para sobrepeso e obesidade, respectivamente. Para classificação de baixo-peso, utilizou-se recomendação da OMS (1995); 17 anos, IMC=16,59; 18 anos, IMC=16,71; 19 anos, IMC=16,87; de 20 até 24 anos, IMC=17,38, acima de 24 anos, IMC=menor que 18,5.

Comportamento sugestivo de transtorno alimentar: O comportamento sugestivo de transtorno alimentar foi medido através de instrumentos auto-aplicáveis. Os mais utilizados para rastreamento de transtornos alimentares são o Teste de Atitudes Alimentares - *Eating Attitudes Test* (EAT-26) e o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)³⁵ e por isto foram partes integrantes do instrumento de coleta de dados do estudo. Embora esses testes não possam substituir a anamnese clínica para diagnóstico, eles são aceitos para rastreamento na população e identificam claramente mulheres com sério problema alimentar, pois selecionam a presença dos sintomas que caracterizam os transtornos alimentares.³⁶ (Fainburn e Beglin, 1990; Patton *et al.*, 1992; Cordás e Neves, 1999; Freitas *et al.*, 2002).

→Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26): foi traduzido e adaptado para o português.³⁷ Cada questão do questionário apresenta seis possibilidades de respostas: 1. Nunca, 2. Raramente, 3. Às vezes, 4. Frequentemente, 5. Muito frequentemente e 6. Sempre. As perguntas

são pontuadas na escala da seguinte forma: a resposta na direção anoréxica recebe 3 pontos (sempre), a resposta seguinte 2 pontos (muito freqüentemente) e a próxima 1 ponto (freqüentemente). As outras escolhas (menos anoréxicas) não recebem pontuação.³⁸ Um escore com pontuações maiores que 20 pontos indica sintomatologias relacionadas à anorexia nervosa e, assim, comportamento alimentar sugestivo de anormalidade.^{39,37,38} Considerou-se, para análise estatística no presente trabalho, pontuação maior que 20 pontos indicativa de “*comportamento sugestivo de transtorno alimentar - anorexia nervosa*”.

→Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE): foi traduzido e adaptado para o português⁴⁰ Os estudiosos recomendaram que as respostas devem ser referidas aos três últimos meses. Permite avaliar a presença de sintomas de bulimia nervosa.³⁹

O instrumento, composto de 33 questões, apresenta duas subescalas: de sintomas e de gravidade. A escala sintomática (30 questões), utilizada no presente estudo, avalia a presença de sintomas bulímicos. A pontuação máxima nessa escala é 30.⁴¹ Classifica-se a pontuação da seguinte forma: (1) escore elevado (> ou =20 pontos), presença de padrão alimentar altamente desorganizado e presença de episódios compulsivos (anormal). A alta pontuação indica que os indivíduos que a atingem apresentam grande probabilidade para preencher o critério diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV² e o critério de Russell (1979); (2) escore médio (10 a 19 pontos) sugere um padrão alimentar não usual, e em geral não estão presentes todos os critérios para diagnóstico de bulimia nervosa; (3) escore baixo (menos de 10 pontos) sugere ausência de anormalidade no comportamento alimentar, pois preenche os limites normais de padrão alimentar. Salienta-se que os escores elevado e médio são sugestivos de transtorno alimentar e foram considerados neste trabalho como “*presença de comportamento sugestivo de transtorno alimentar - bulimia nervosa*”.

Considerando-se que os dois instrumentos, EAT-26 e BITE, complementam-se na avaliação dos sintomas sugestivos dos transtornos alimentares (anorexia e/ou bulimia nervosa), foi construída uma terceira variável, que considerou os dois instrumentos, categorizando a variável “*comportamento sugestivo de transtorno alimentar*” conforme os critérios a seguir: escore superior ou igual a 10 pontos na escala de sintomas do BITE e/ou escore maior do que 20 pontos no EAT-26.

Análise dos dados

A análise dos dados foi apresentada por meio de freqüências simples e relativas, com intervalos de confiança de 95% (IC 95%) (Tabela 1).

As prevalências de comportamento alimentar a partir da avaliação da escala de sintomas dos questionários BITE, EAT-26 e ainda da variável “presença de comportamento sugestivo de transtorno alimentar (CSTA)”, esta última definida como variável dependente, foram apresentadas na Tabela 2. Foram descritas as freqüências com IC95% de condutas inadequadas para auxiliar na perda de peso, tais como a utilização de: jejum, comprimido, diurético, laxante e vômito (Tabela 3). Na Tabela 4 foram apresentadas as freqüências de CSTA por categorias das variáveis incluídas no estudo, a saber: faixa etária, área de saber do curso da universitária, estado civil, atividade profissional, renda familiar, estado nutricional, autopercepção corporal, presença de transtorno mental comum e prática de atividade física de lazer.

As análises de associações entre o desfecho estudado e cada uma das variáveis explanatórias do modelo foram testadas utilizando-se inicialmente razão de prevalência (RP) bruta com IC95%⁴² (Tabela 4). As variáveis que apresentaram na análise de associação univariada *p-valor* até 0,25 foram selecionadas para o modelo multivariado⁴³. Assim, o modelo multivariado final proposto avaliou a associação entre o desfecho principal, CSTA, ajustado pelas variáveis: área de saber do curso da universitária, faixa etária, estado nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física. As razões de prevalência, *p-valor* e IC95% foram estimadas através de regressão de Poisson com escala paramétrica ajustada pela estatística qui-quadrado⁴²

O aplicativo Epi-Info versão 6⁴⁴ foi usado para entrada de dados, e o processamento dos dados e a análise estatística foram realizados com o *software* STATA 7.0.⁴⁵

RESULTADOS

A população de estudo foi constituída por 512 universitárias, com média de idade de 21,50 anos (DP=5,12), sendo que 47,07% pertenciam ao grupo etário de 20 a 29 anos.

As freqüências das variáveis incluídas no estudo podem ser analisadas na Tabela 1. Observa-se que 67,38% das universitárias estavam inscritas em cursos vinculados à área de Educação e Humanidades, e 32,62% em cursos ligados à área Biomédica. A maioria (89,84%) era solteira, e 31,37%, além de estudar, trabalhavam. A renda familiar variou em média de 720 a 3.000 reais nos 1º e 5º quintis, respectivamente.

A prevalência de baixo-peso entre as universitárias foi de 15,43%; a de sobrepeso foi de 8,40%; e a obesidade, 8,59%. Em relação à autopercepção corporal, 53,43% consideraram-se normais e 29,19% gordas.

A prevalência geral de transtorno mental comum foi de 47,66% entre as universitárias. Quanto à prática de atividade física, 44,81% referiram ter praticado, nas duas últimas semanas anteriores à entrevista, algum tipo de atividade física de lazer (caminhada, ioga ou alongamento, bicicleta, natação, ginástica, tênis, vôlei, musculação, dança, corrida, futebol, basquete, remo e/ou luta).

Na Tabela 2 observa-se que, de acordo com o EAT-26 (escores ≥ 21), 16,99% das universitárias apresentaram resultados de comportamento sugestivo de transtorno alimentar – anorexia nervosa. Através do BITE apresentaram comportamento sugestivo de transtorno alimentar 25,00% das universitárias, sendo que 21,68% apresentaram padrão alimentar não usual, e 3,32% comportamento anormal sugestivo de bulimia nervosa. Ao se considerarem os dois instrumentos conjuntamente, a prevalência de comportamento sugestivo de transtorno alimentar na população estudada foi de 33,40%.

Quanto à freqüência de condutas inadequadas para auxiliar na perda de peso, constatou-se que 27,79% referiram ter realizado jejum por um dia inteiro; 10,12% utilizavam comprimido para emagrecer; 8,0% provocavam vômito; 7,71% e 5,47% utilizavam diuréticos e laxantes, respectivamente (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta a prevalência e razão de prevalência bruta entre CSTA por área de saber do curso da universitária, faixa etária, estado civil, atividade profissional, renda familiar, estado nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física.

Verificam-se prevalências de CSTA em alunas de cursos ligados à área de Educação e Humanidades de 35,36% e para as do Centro Biomédico de 29,34%. A razão de prevalência bruta entre as duas não se mostrou estatisticamente significativa (tabela 4), porém quando ajustada pelas variáveis estado nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física, essa associação passou a alcançar significância estatística (RP=1,47 IC95%1,06-1,89) (Tabela 5).

Analisando a prevalência de CSTA entre os grupos etários, observa-se que a prevalência de CSTA entre universitárias com idade igual ou maior que 17 e menor que 20 anos foi de 33,91% e no grupo etário de maiores de 20 e menores de 30 anos foi de 34,44%, diminuindo após os 30 anos de idade. Porém, as razões de prevalência na análise univariada não apresentaram resultados com significância estatística (Tabela 4), mas, quando ajustadas pelas variáveis área do curso, estado nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física, essas associações passaram a alcançar significância estatística. No grupo de universitárias com idade igual ou maior que 17 anos e menor que 20 anos, encontrou-se RP=1,78 (IC95% 1,01-3,14), e no grupo etário de maiores de 20 e menores que 30 anos, esta diminuiu para 1,75 (IC95% 1,01-3,04) (Tabela 5).

Quanto ao estado civil, entre as que apresentaram união estável a prevalência de CSTA foi de 35,56% e, nas solteiras, de 33,26%. A prevalência de CSTA mostrou-se maior entre as universitárias que estudavam e trabalhavam (36,25) e entre as de maior renda familiar (quinto quintil) (36,84%), porém essas associações não alcançaram significância estatística.

Analisando-se a prevalência de CSTA pelas categorias nutricionais, constatou-se que a maior frequência estava entre as classificadas como obesas (47,73%) com prevalência 3,42 vezes maior quando comparados com as de baixo-peso (IC95% 1,83-6,23), seguida de sobrepeso (34,88%) (RP=2,50; IC95% 1,32-4,74) e de universitárias com peso considerado normal (34,88%) (RP=2,57; IC95%

1,55-4,27) (Tabela 4). Após o ajuste pelas variáveis áreas do curso, idade, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física, a associação diminuiu em todas as categorias, e entre obesas passou a ser 1,80 (IC95% 0,92-3,52). Destaca-se que essas associações deixaram de ter significância estatística (Tabela 5).

Dentre as prevalências de CSTA pela autopercepção corporal, 52,70% das universitárias referiram ser gordas, com associação positiva (1,80 vezes maior) para CSTA, quando comparadas com as que se sentiam normais (IC95% 1,42-2,28) (Tabela 4). Ressalta-se o fato de que, após o ajuste pelas variáveis área de saber do curso, idade, estado nutricional, transtorno mental comum e prática de atividade física, essa associação se tornou semelhante (RP=1,84 IC95% 1,39-2,42) (Tabela 5).

Quarenta por cento das universitárias com transtorno mental comum apresentavam CSTA, com razão de prevalência de 1,47 (IC95% 1,15-1,89) quando comparadas com as que não apresentavam transtorno mental comum (Tabela 4). Após o ajuste pelas variáveis áreas do curso, idade, autopercepção corporal, estado nutricional e prática de atividade física, essa associação se manteve (RP=1,42 IC95% 1,01-1,83) (Tabela 5).

As universitárias que praticavam atividade física de lazer nas duas semanas antes da entrevista e que apresentavam CSTA, totalizaram 38,07%. A razão de prevalência bruta entre as universitárias com CSTA, praticantes e não praticantes foi de 1,25 (IC 95% 0,97-1,57) (Tabela 4) e quando ajustadas pelas variáveis: áreas do curso, idade, autopercepção corporal, estado nutricional e transtorno mental comum esses valores se mantêm semelhantes (RP=1,24 IC 95% 0,96-1,59) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo indicou que é alta a prevalência de comportamento sugestivo de transtornos alimentares (CSTA) entre as universitárias recém-ingressas em cursos ligados às áreas de saber Biomédica e de Educação e Humanidades.

A prevalência de CSTA - anorexia nervosa foi de 16,99% e se assemelha àquelas encontradas em outros estudos realizados no Brasil. Nunes *et al.*¹⁶

encontraram 16,6% entre mulheres com idade média em 19,7 anos da zona urbana de Porto Alegre. Em estudos com universitárias, em Santa Catarina, Fiates e Salles⁴⁶ encontraram 22,17%, Luz⁴⁷, em Belo Horizonte, encontrou 16,3%. Dunker e Philippi⁴⁸, em instituição de ensino particular em São Paulo, encontraram 21,1%. Entretanto, Souza *et al.*,⁴⁹ em estudo realizado em instituição pública com parte de universitárias de um curso de Medicina, encontraram prevalência de 5,5%. Ressalta-se que, em todos os estudos, foi aplicada a mesma metodologia de identificação – o EAT-26.

Quanto ao CSTA – bulimia nervosa, 3,32% das universitárias estudadas apresentaram comportamento alimentar anormal, proporção semelhante à encontrada por Nunes *et al.*¹⁶ (3,3%) e Souza *et al.*⁴⁹ (3,5%). Já Luz⁴⁷ encontrou prevalência maior, igual a 7,3%. Ao se utilizar à escala de sintomas de 10 a 19 pontos, através do BITE, também as prevalências encontradas na literatura foram expressivas, variando de 21,68%, encontrada neste estudo, até 30,4%^{49,16}.

Quando se considerou a presença de comportamento sugestivo de transtornos alimentares utilizando a escala de sintomas dos dois instrumentos, a prevalência atingiu 33,40%, bem superior ao encontrado no estudo de Luz⁴⁷ (19%), que também investigou universitárias recém-ingressas nos cursos de graduação em Educação Física, Matemática e Nutrição. Embora tenha sido aplicada a mesma técnica de identificação nos diferentes estudos, as diferenças metodológicas não permitem fazer comparações precisas. Os achados sugerem que a alta prevalência de comportamento sugestivo de transtornos alimentares em mulheres universitárias as destaca como grupo de risco e reforça a necessidade de ações promotoras de saúde mais efetivas. Ainda que os dados fornecidos não representem o diagnóstico para um transtorno alimentar, ele é um bom indicador de comportamento sugestivo, que pode indicar também síndromes parciais. As síndromes parciais são mais freqüentes que as síndromes completas e sugere-se que possa existir um “efeito cumulativo temporal” do transtorno no qual a AN e a BN representam o extremo.^{21,50,2,9}

Este estudo verificou que a faixa etária é um fator importante para a presença de CSTA. As universitárias entre 16 e 20 anos, e as de 20 a 29 anos de idade, apresentaram maior razão de prevalência para CSTA, quando comparadas com as

maiores de 30 anos. Os transtornos alimentares ocorrem comumente no final da adolescência e no início da idade adulta,⁵¹ porém esse fato merece algumas considerações. A adolescência é um estágio de crescimento e desenvolvimento humano fortemente influenciado por forças genéticas, ambientais, nutricionais, sociais e culturais que afetam o indivíduo, sendo acompanhado de alterações morfológicas e fisiológicas complexas e de transformações psicológicas e sociais⁵², marcantes no estabelecimento de comportamentos para a vida adulta. Pela definição cronológica da OMS, pode-se considerar as universitárias com faixa etária entre 16 e 20 anos como adolescentes. Entretanto, destaca-se o fato de que o desenvolvimento tecnológico da sociedade ocidental tem contribuído para a ampliação do processo transicional da fase final da adolescência para a vida adulta.⁵³ Talvez esse fato explique em parte a associação também encontrada entre universitárias no grupo etário de 20 a 29 anos e a presença de CSTA. Outra hipótese aventada é que os sintomas detectados possam fazer parte de um *continuum*, iniciado na adolescência ou em idade mais avançada, como já observado em estudos longitudinais.^{54,55} Reafirma-se, portanto, a importância do incentivo, durante a fase da adolescência, de adoção de hábitos e práticas saudáveis, que venham a ser incorporados ao estilo de vida do adulto.⁵⁶

Considerando-se a possibilidade de associação entre a área de saber de vinculação do curso de graduação escolhido pelas universitárias e CSTA, esta variável foi incorporada na análise estatística. Constatou-se que a mesma quando inserida no modelo multivariado com as variáveis: faixa etária, estado nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física, evidenciou maior associação para CSTA entre as universitárias ligadas aos cursos da área de Educação e Humanidades, do que para as universitárias ligadas à área da Saúde. De certa forma, isto pode indicar que a escolha da área da carreira profissional não está relacionada com a busca de conhecimentos específicos que tratam de questões alimentares e comportamentais e CSTA. Tal achado é de difícil explicação se forem considerados o desenho de estudo aplicado e a escassez de pesquisas realizadas no Brasil que abordaram a questão. Fiates e Salles,⁴⁶ em estudo transversal com universitárias voluntárias do curso de Nutrição e de outras áreas, encontraram prevalências de 25,43% e 18,69%. Entretanto, a diferença não apresentou significância estatística, da mesma forma que o constatado por Luz⁴⁷

com alunos recém-ingressos nos cursos de Nutrição (15,9%), Educação Física (11,5%) e Matemática.(15,3%). Recomenda-se, portanto, a condução de novos estudos para aprofundamento da evidência apontada.

Observou-se que grande parte das estudantes não praticava atividade física de lazer (55,19%), o que também foi constatado por Vieira *et al.*⁵⁸ (56,8%) em estudo com universitárias recém-ingressas em universidade pública em Minas Gerais. O presente achado, de que a prática de atividade física de lazer se relaciona com CSTA, corrobora estudos que evidenciaram que a prática de atividade física, com ou sem padrão excessivo como comportamento para controle e perda de peso entre indivíduos com transtorno alimentar, é muito freqüente^{58,59,60}

O presente estudo detectou altas prevalências de sobrepeso (8,40) e de obesidade (8,59%) entre as universitárias. Comparando com estudo de Magalhães e Mendonça⁶¹ que encontraram prevalência de sobrepeso e obesidade de 8,48 % em adolescentes de 15 a 20 anos de idade da Região Sudeste do Brasil, através da Pesquisa de Padrões de Vida (1997), pode-se considerar a tendência ao aumento da prevalência da obesidade no Brasil nos últimos anos⁶² e ainda as evidências apontadas em estudos, do aumento da prevalência de excesso de peso com a idade⁵⁸. Cabe destacar que a tendência à obesidade parece estar associada aos transtornos alimentares.^{64,23,7,65.}

Neste estudo, a presença de CSTA foi três vezes maior entre as que apresentavam obesidade, se comparadas às de baixo-peso, independentemente da autopercepção corporal. Entretanto, além da compleição física, a autopercepção corporal se mostrou relacionada com CSTA. Encontrou-se que “sentir-se gorda” está associada de forma positiva (84%) com CSTA entre as universitárias, quando comparadas às que se percebem “normais”.

Estudos corroboram a associação entre a percepção inadequada de gordura e CSTA em mulheres.^{16,19,23,66.} O medo da “gordura corporal” é comumente encontrado entre adolescentes e mulheres jovens⁶⁷ e leva a se considerar que a incorporação de crenças culturais relacionadas à magreza como símbolo de beleza, sucesso e felicidade pode acarretar intensa insatisfação corporal, com a adoção de práticas inadequadas de controle de peso, na busca do estereótipo estabelecido. As altas prevalências dessas práticas, encontradas no presente estudo, como jejum por

um dia inteiro, uso de comprimidos para emagrecer, o vômito induzido, o uso de diurético e de laxantes, corroboram a literatura estudada que trata de transtornos alimentares.² A prevalência de transtorno mental comum encontrada entre as universitárias foi de 47,66%.

Ko *et al.*⁶⁸ avaliaram 135 universitários do curso de Medicina e 128 do curso de Direito, através do GHQ, em uma universidade pública em Cingapura, e também encontraram altas prevalências de TMC (57% e 47,3%, respectivamente). Este estudo encontrou maior associação de CSTA (RP=1,42) entre as universitárias que apresentaram TMC. A pressão psicológica à qual esse grupo populacional está submetido, oriunda do ingresso na carreira universitária, e a conseqüente necessidade de se estabelecer novas relações sociais e adotar novos comportamentos,⁵⁷ somadas à “autocobrança” para atendimento da ampla carga horária curricular⁴⁹ (Souza *et al.*, 2002) e de seus compromissos extraclasse com bom desempenho explicam os efeitos negativos para a saúde física e mental.⁶⁸ O impacto de eventos estressores sobre a patogênese dos transtornos alimentares tem sido amplamente citado na literatura.⁶⁹

Contudo, a natureza transversal do desenho de estudo apresentado limita conclusões sobre a temporalidade e a direções subjacentes às associações encontradas. Ainda assim, admite-se que os resultados estão na mesma direção de outros estudos encontrados na literatura, que enfatizam a contribuição de múltiplos fatores para o CSTA²³ Cabe ressaltar, ainda, a impropriedade de generalizar estes achados para outros grupos de universitários, uma vez que o estudo analisou estudantes do sexo feminino em apenas dois centros de uma universidade no Rio de Janeiro.

Através deste estudo, confirmou-se o grupo de universitárias recém-ingressas em cursos de graduação como vulnerável a comportamento sugestivo de transtorno alimentar. A habilidade em identificar grupos de risco talvez seja o primeiro passo para o desenvolvimento de ações preventivas e programas de intervenção para interrupção dos riscos para a saúde oriunda dos comportamentos sugestivos de transtornos alimentares.

Salienta-se o fato da inexistência, em nosso país, ações de prevenção primária para transtornos alimentares dentro das políticas públicas voltadas para

alimentação e nutrição.⁷⁰ Assim, estudos como o apresentado são fundamentais não só para alertar a população quanto à sintomatologia do CSTA, favorecendo sua identificação e estimulando a busca de tratamento adequado, mas estimulando a implementação de ações preventivas.

REFERÊNCIAS

- 1 Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiq Clin* 2004; 31(4):154-57.
- 2 Associação Americana de Psiquiatria (APA). Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 3 Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 4 Claudino AM, Borges MBF. Classificação e Diagnóstico In: Claudino AM e Zanella MT. *Transtornos alimentares e obesidade* São Paulo: Manole; 2005. p.25-37.
- 5 American Psychiatry Association (APA). *Practice guideline treatment for psychiatric disorders: compendium* Washington (DC): The Association; 2000.
- 6 Hay PJ. The epidemiology of eating disorder behaviours: An Australian community-based survey *Int J Eat Disord* 1998; 23:371-82.
- 7 Hay PJ Epidemiologia dos transtornos alimentares *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(SIII):13-7.
- 8 Pawluck DE, Gorey KM. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population based studies *Int J Eat Disord* 1998;23:347-52.
- 9 Appolinário JK, Claudino, AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(SII):28-31.
- 10 Abott DW, Ackerman SH, Agras WS, Bazhaf D, Barber JC, Bartlet JC, et al. Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 1993; 150:212-24.
- 11 Hetherington MM. Eating Disorders: Diagnoses, Etiology and Prevention. *Nutrition*. 2000; 16(7/8):547-51.

- 12 Stice E, Bearman SK. Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychol* 2002; 37:597-07.
- 13 Odgen j; Evans C. The problem with weighting: Effects on mood, self-esteem and body image. *Int Obes Met Disord*. 1999; 20(3):272-277.
- 14 Lake AJ, Staiger PK, Glowinski H. Effect of western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *Int J Eat Disord* 2000, 27:83-89.
- 15 Stice E, Whitenton K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychol* 2002; 38(5)669-78.
- 16 Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção corporal e do IMC nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23:271-77.
- 17 Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9(2):273-79.
- 18 Koff E, Rierdan J. Perceptions of weight and attitudes towards eating in early adolescent girls. *J Adolesc Health*. 1991; 12:307-12.
- 19 Hsu LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psiquiatr Clin North Am* 1996; 19:681-700.
- 20 American Psychiatric Association (APA). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *Am J Psychiat* 2003; 160:248-254.
- 21 Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London Schoolgirls – a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 1990; (20):383-94.

- 22 Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(4):242-47.
- 23 Nakamura K, Hoshino Y, Watanabe A, Honda K, Nowa S, Tominaga K, Shimai S, Yamamoto K. Eating problems in female Japanese high school students: A prevalence study. *Int J Eat Disorder* 1999; 26:91-5.
- 24 Goldberg DP, Blackwell B. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley monograph, nº21. London: Oxford University Press. 1972.
- 25 Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 1985;15:651-659.
- 26 Goldberg DP; Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Med J*. 1970; 1:439-443.
- 27 Weich S, Levis G. Poverty, unemployment and common mental disorders: A population based cohort study. *British Med J* 1998;317:115-119.
- 28 Menezes CRAM. Morbidade Psiquiátrica Menor entre adolescentes cronicamente doentes atendidos em ambulatórios especializado no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. UERJ; 2002.
- 29 Wall RI.; Bolden CS; Borri AJ. et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust occupational and gender differences. *Journal of Psychiatry*. 1997; 171:519-23.
- 30 Goldberg DP, Williams P. *The users guide to General Health Questionary*. Windsor: Nfer-Nelson; 1998.
- 31 Salles-Costa R, Werneck GL, Lopes CS, Faerstein E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(4):1095-105.

- 32 Willet WC. Nutritional Epidemiology. New York:Oxford University Press; 1998.
- 33 WHO (World Health Organization). The use and interpretation of antropometry physical status: report of a WHO Expert Comitee. WHO Tecnical Report Series. N. 854; 1995.
- 34 Cole TA; Bellizi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a Standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Med J* 2002; 320 (6)1240-43.
- 35 Cordás TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin* 1999; 26 (1 esp):41-7.
- 36 Freitas S, Gorenstein C, Appolinário JC. Instrumento para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24 supl 3:34-8.
- 37 Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunks A, Ramos D, Silva JA, Somenzi L, Pinheiro A. Distúrbios da conduta alimentar: Considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL* 1994; 16(1):7-10.
- 38 Garner DM, Olmsted MP; Boher, Y, Garfinkel, PE. Eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-8.
- 39 Cordás, TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin* 2002; 26(1):41-7.
- 40 Cordás TA, Hochgraf PO. "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão português. *J Bras Psiquiatr* 1993; 42:141-144.
- 41 Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*. 1987; 150:18-24.
- 42 Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies:na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence

- ratio. *BMC Med Research Methodology* 2003; 3:21 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/3/21>
- 43 Hosmer, Lemeshow, S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons; 1989.
- 44 Epi-Info 6.0. Centers for Disease Control & Prevention (CDC). Release 6.04. WHO: Geneva; 1997.
- 45 Statacorp Stata Statistical Software: release 7,0. Stata Corporation; 2001.
- 46 Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em universitárias. *Rev Nutr* 2001; 14(S):3-6.
- 47 Luz, SS. *Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em universitárias de Belo Horizonte*. Tese de Doutorado, São Paulo: PRONUT, Universidade de São Paulo; 2003.
- 48 Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr* 2003; 16(1):51-60.
- 49 Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, Menezes NGC, Ribeiro IB. Anorexia nervosa em alunas de medicina da Universidade Federal do Ceará-UFC, *Rev Psiquiatr Clín* 2002; 29(4):172-80.
- 50 Herzog DB, Hopkins JD, Bums CD. A follow-up study of 33 subdiagnostic eating disordered women. *Int J Eat Disord* 1993; 14:261-7.
- 51 Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento In: Philippi ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares*. São Paulo: Manole; 2004. p.39-62.
- 52 Bianculli CH. Crescimento físico y endocrinologia em puberdade. In: Organización Panamericana de la Saúde – *La salud del adolescente y del joven* Washington; 1995. (552):87-94.

- 53 Chipkevitch E. A dimensão psicossocial. In: Chipkevitch E. *Puberdade e adolescência: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais*. São Paulo:Roca; 1995. p.111-61.
- 54 Fairburn CG, Norman PA, Elch SL, O'Connor ME, Dole HA, Preveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and long effects of three psychological treatments *Arch Gen Psychiatr* 1995; 52:304-12.
- 55 Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grave W, Crosby R. Ten year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25: 143-56.
- 56 Anderson A, Macynntyre S, West P. Dietary patterns among adolescents in the West of Scotland. *British J Nutr* 1994; 71:11-22.
- 57 Vieira VCR, Priori SE, Ribeiro SMR, Franceshini SCC, Almeida LP. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. *Rev Nutr Campinas* 2002; 15(3):273-282.
- 58 Davis C, Kennedy SH, Rayelsky E, Dionne M. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24:957-67.
- 59 Brewerton TD, Stelfson EJ, Hodges EL, Cochrane CE. Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercise. *Int J Eat Disord* 1995;17(4):413-16.
- 60 Assunção SMA, Cordás TA, Araújo LASB. Atividade física e transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín* 2001; 29(1):1-10.
- 61 Magalhães VC e Mendonça GAS. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. 1996 a 1997. *Cad. Saúde Pública*; 2003; 1(S1):129-39.

- 62 Monteiro CA, Conde WL, Castro IRR. A tendência cambiante da relação entre a escolaridade e risco de obesidade no Brasil. (1975-1997). *Cad Saúde Pública* 2003; 19(S):67-75.
- 63 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção 'a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e distrito federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- 64 Fairburn CG; Welch SL., Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Arch General Psychiatr* 1997; 54: 509-17.
- 65 Morgan CM, Claudino AM. Epidemiologia e Etiologia. In: Claudino AM, Zanella MT, *Transtornos alimentares e obesidade* São Paulo:Manole; 2005. p.15-23.
- 66 Waller G, Phill D, Hodgson S. Body image distortion in anorexia nervosa e bulimia nervosa. The role of perceived and actual control. *J Nervous Mental Dis* 1996; 184:213-9.
- 67 Malloney MJ, Ruedisueli G. The epidemiology of eating problems in nonreferred children and adolescents. *Child adolesc Psychiatr Clinics of North Am.* 1993; 2(1):1-13.
- 68 Ko SM, Kua EH, Fones CSL. Stress and the undergraduates. *Singapore Med J* 1999; 40(10):627-30.
- 69 Morgan CM; Vecchiatti IR; Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(S3):18-23.

70 Dunker KLL, Phillipi ST. Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de prevenção In: Phillipi ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares*. São Paulo:Manole 2004. p.163-76.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis incluídas no estudo

Variáveis de estudo	Total	%	IC 95%
Área do curso			
Centro de Educação e Humanidades (CEH)	345	67,38	63,30- 71,47
Centro Biomédico (CB)	167	32,62	28,54- 36,69
Idade			
>=30 a 47	41	8,01	5,65- 10,37
>=20 a <30	241	47,07	42,73- 51,40
>=17 a <20	230	44,92	40,60- 49,25
Estado civil			
união estável	45	8,79	6,32- 11,24
solteira	460	89,84	87,21- 92,46
outros	7	1,37	0,36- 2,38
Atividade profissional			
Estuda	350	68,63	64,59- 72,10
Estuda e trabalha	160	31,37	27,33- 35,41
Renda familiar*			
<720	97	19,80	16,25- 23,33
>=720 a <1200	89	18,16	14,73- 21,58
>=1200 a <2000)	75	15,31	12,10- 18,50
>=2000 a <3000)	96	19,59	16,06- 23,12
>=3000)	133	27,14	23,19- 31,09
Estado nutricional			
Baixo-peso	79	15,43	12,29- 18,56
Eutrófica	346	67,58	63,51- 71,64
Sobrepeso	43	8,40	5,99- 10,81
Obesidade	44	8,59	6,16- 11,03
Percepção corporal			
Normal	276	53,85	49,49- 58,20
Magra	86	16,96	13,68- 20,24
Gorda	148	29,19	25,22- 33,16
Transtorno mental comum			
Não	268	52,34	48,00-56,68
Sim	244	47,66	43,31-51,99
Prática de atividade física			
Não	282	55,19	50,86-59,51
Sim	229	44,81	40,49-49,14

*Renda avaliada em reais (salário mínimo no período era de duzentos e quarenta reais)

** Os totais podem variar em função de resposta ignorada.

Tabela 2 - Distribuição de freqüências de comportamento sugestivo de transtorno alimentar em universitárias através de questionários autopreenchíveis.

Variáveis de estudo	Total	%	IC 95%
EAT			
Não	425	83,01	79,74- 86,27
Sim	87	16,99	13,72- 20,25
BITE			
Comportamento normal	384	75,00	71,23- 78,76
Comportamento de risco	111	21,68	18,09- 25,26
Comportamento anormal	17	3,32	1,76- 4,87
EAT+BITE			
Comportamento normal	341	66,60	62,50- 70,70
Comportamento sugestivo de transtorno alimentar*	171	33,40	29,30- 37,50

*Universitárias com escala de sintomas ≥ 10 no BITE e EAT ≥ 21 .

Tabela 3 - Frequência de condutas inadequadas utilizadas pelas universitárias para auxiliar na perda de peso.

Condutas	Total respondentes	N	%	IC 95%
Jejum por um dia inteiro	511	142	27,79	23,89-31,68
Comprimido para emagrecer	511	50	10,12	7,40-12,79
Diurético	511	38	7,71	5,35-10,07
Laxante	512	28	5,47	3,49-7,44
Vômito	512	41	8,00	5,65-10,36

Tabela 4 - Frequência de comportamento sugestivo de transtorno alimentar (CSTA) e razões de prevalência associadas à área do curso, faixa etária, estado civil, atividade profissional, renda familiar, estado nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física em universitárias.

Variáveis de estudo	Total	%	Razão de prevalência	p-valor	IC 95%
Área do curso					
Biomédica	49	29,34	1	-	-
Educação e Humanidades	122	35,36	1,21	0,18	0,92-1,58
Faixa etária					
>=30 a 47	10	24,39	1	-	-
=20 a <30	83	34,44	1,41	0,21	0,82-2,41
>=17 a <20	78	33,91	1,39	0,23	0,81-2,38
Estado civil					
União estável	16	35,56	1	-	-
Solteira	153	33,26	0,94	0,75	0,61-1,42
Outros	2	28,57	0,80	0,72	0,24-2,68
Atividade profissional					
Estuda	113	32,29	1	-	-
Estuda e trabalha	58	36,25	1,12	0,38	0,87-1,45
Renda familiar*					
<720	31	31,96	1	-	-
>=720 a <1200	28	31,46	0,98	0,94	0,64-1,50
>=1200 a <2000	23	30,67	0,95	0,86	0,61-1,49
>=2000 a <3000	34	35,42	1,11	0,61	0,74-1,65
>=3000	49	36,84	1,15	0,45	0,79-1,66
Estado nutricional					
Baixo-peso	11	13,92	1	-	-
Eutrófica	124	35,84	2,57	0,00	1,55-4,27
Sobrepeso	15	34,88	2,50	0,01	1,32-4,74
Obesidade	21	47,73	3,42	0,00	1,83-6,23
Percepção corporal					
Normal	80	28,99	1	-	-
Magra	11	12,79	0,44	0,002	0,24-0,78
Gorda	78	52,70	1,80	0,000	1,42-2,28
Transtorno mental comum					
Não	73	27,24	1	-	-
Sim	98	40,16	1,47	0,002	1,15-1,89
Prática de atividade física					
Não	88	29,93	1	-	-
Sim	83	38,07	1,25	0,07	0,97-1,57

*Renda avaliada em reais

Tabela 5 - Razão de prevalência ajustada entre comportamento sugestivo de transtorno alimentar (CSTA) por área do curso, idade, estado nutricional, autopercepção corporal, transtorno mental comum e prática de atividade física em universitárias.

Variáveis de estudo	Razão de		
	prevalência*	p-valor	IC 95%
Área do curso			
Biomédica	1,00	-	-
Educação e Humanidades	1,47	0,01	1,06-1,89
Faixa etária			
>=30 a 47	1,00	-	-
>=20 a <30	1,75	0,04	1,01-3,04
>=17 a <20	1,78	0,04	1,01-3,14
Estado nutricional			
Baixo-peso	1,00	-	-
Eutrófica	1,57	0,13	0,88-2,79
Sobrepeso	1,19	0,63	0,58-2,47
Obesidade	1,80	0,08	0,92-3,52
Autopercepção corporal			
Normal	1,00	-	-
Magra	0,52	0,02	0,29-0,92
Gorda	1,84	0,00	1,39-2,42
Transtorno mental comum			
Não	1,00	-	-
Sim	1,42	0,01	1,01-1,83
Prática de atividade física			
Não	1,00	-	-
Sim	1,24	0,08	0,96-1,59

*Ajustada por todas as variáveis da tabela

Capítulo VII – CONCLUSÕES

7 – Conclusões

Os questionários utilizados para rastreamento de comportamento sugestivo de transtornos alimentares, EAT-26 e BITE, assim como o GHQ-12, apresentaram boa reprodutibilidade entre as universitárias que o preencheram.

Apesar de não podermos interpretar os resultados das prevalências como diagnóstico clínico para anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos alimentares sem outras especificações ou transtorno da compulsão alimentar, ressalta-se a grande parcela das universitárias que apresentaram sintomatologia sugestiva de transtornos alimentares.

Acrescentam-se, ainda, as altas frequências de sobrepeso e obesidade, assim como a presença de transtorno mental comum entre as universitárias estudadas. Apontamos ainda evidências da associação entre autopercepção corporal (sentir-se gorda), transtornos mentais comuns e comportamento sugestivo de transtorno alimentar.

Observamos, como descrito na literatura, que atualmente o CSTA não se restringe somente aos adolescentes, afetando também as universitárias adultas, independentemente de sua situação socioeconômica. Porém, apesar de nossa investigação ter sido restrita a universitárias recém-ingressas em uma universidade pública, na intenção de não termos a influência das disciplinas ligadas às diversas carreiras universitárias no comportamento dessa população, surpreendeu-nos o fato de universitárias optantes por cursos da área de Educação e Humanidades estarem mais expostas ao CSTA.

Enfatiza-se que a detecção precoce pode impedir a instalação futura dos quadros graves de transtornos alimentares. Assim, acreditamos ter contribuído em parte para a investigação destas condições cuja complexidade, advinda de sua origem multifatorial, necessita de avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção, subsidiando programas preventivos e de intervenção nesse grupo de risco.

Capítulo VIII – RECOMENDAÇÕES

8 - Recomendações

- Tendo em vista o número significativo de universitárias recém-ingressas em cursos de graduação com o comportamento sugestivo de transtornos alimentares, faz-se necessário implementar ações educativas em âmbito escolar e universitário, relacionadas à promoção de saúde incluindo “Saúde e Alimentação”.

- Salienta-se a necessidade de ampliação de estudos populacionais que identifiquem sintomas de transtornos alimentares, com a divulgação dos resultados pela mídia, para que cada sintoma seja reconhecido como componente de uma síndrome que, depois de instalada, é de difícil controle e tratamento.

- Desenvolvimento de pesquisas que visem a conhecer os hábitos de vida de crianças e adolescentes, incluindo comportamento alimentar, para detecção de fatores que possam estar relacionados ao aparecimento de comportamento sugestivo de transtornos alimentares.

- É recomendável a realização de estudo de coorte com a população considerada de risco, para que as associações de risco possam ser efetivamente avaliadas e consideradas nas ações de cunho preventivo.

- Desenvolvimento de pesquisas que visem a detectar a presença de transtornos mentais comuns entre as universitárias, suas causas e ações preventivas.

- Recomenda-se que as questões referentes aos transtornos alimentares sejam parte integrante da política de nutrição e alimentação em nosso país.

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 - Referências Bibliográficas

ABOTT, D. W.; ACKERMAN, S. H.; AGRAS, W. S.; BAZHAF, D.; BARBER, J. C.; BARTLET, J. C., *et al.*, 1993. Practice guideline for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 150:212-24.

ACKARD, D. A ; CROLL, J. K.; KEARNEY-COOKE, A , 2002. Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image and related psychological problems. *Journal of Psychomatic Research*. 52:129-136.

ADA. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 1994. Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa and binge eating. *Journal of American Dietetics Association*, 94(8):902-907.

ADAMI, G. F.; GANDOLFO, P.; CAMPOSTANO, A.; MENEGHELLI, A.; GARBATTISTA, R. & SCORPINARO, N., 1997. Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 24(3):299-306.

AINSWORTH, B. E.; HASSEL, W. L.; WHITT, M. C.; IRWIN, M. L.; SWARTZ, A. M.; STRATH, S. J.; O'BRIEN, W. L.; BASSET, D. R. Jr.; SCHMITZ, K. H.; EMPLAINCOURT, P. O.; JACOBS, D. R. Jr. & LEON, A. S., 2000. Compendium of physical activities: na update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(S9):498-516.

AINSWORTH, B. E.; LEON, A. S. & RICHARDSON, M. T., 1993. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and Science in Sports and Exercises*, 25(1):71-80.

AL-SUBAIE, A.; AL-SHAMMARI, S.; BAMGBOYE, E.; AL-SABHAN, K.; AL-SHEHRI; SULAIMAN & BANNAH, A. R., 1996. Validity of the Arabic Version of the eating attitude test. *International Journal of Eating Disorders*, 3 (20):321-324.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2000. Practice guideline treatment for psychiatric disorders: Compendium 2000. Washington (DC):American Psychiatric Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2003. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girl: Results of the McKnight Longitudenal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*, 160:248-254.

AMIGO, V. L., 2005. Comorbidades Clínicas e Psiquiátricas. In: *Transtornos alimentares e obesidade* (Claudino, A. M. & Zanella, M. T.) pp. 89-96, São Paulo: Manole (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar/ editor Nestor Schor).

ANDERSON, A.; MACYNTYRE, S. & WEST, P., 1994. Dietary patterns among adolescents in the West of Scotland. *British Journal of Nutrition*, 71:11-22.

APPOLINÁRIO, J. C., 1998. Obesidade e Psicopatologia. In: *Obesidade* (Halpern, A.; Matos, A. F. G.; Suplicy, H.; Mancini, M. C.; Zanella, M. T.), pp. 217-223, São Paulo:Lemos editorial.

APPOLINÁRIO, J. C.; NUNES, M. A; ABUCHAIM, A. L. G. & COUTINHO, W., 1998. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artmed, (1):86-96.

APPOLINÁRIO, J. C. & CLAUDINO, A. M., 2000. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(SII):28-31.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais* (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ASSUNÇÃO, S. M. A.; CÓRDAS, T. A.; ARAÚJO, L. A. S. B., 2001. Atividade física e transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(1):1-10.

BARROS, A. J.D. e HIRAKATA, V. N., 2003. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3:21

BASTIANI, A. M.; RAO, R.; WELTZIN, T. e KAIE, W. H., 1995. Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17:147-152.

BEBBINGTON, B. P. E.; HURRY, J.; TENNANT, C.; STUART, E. & WING, J. K., 1981. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11:561-579.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J. & ERBAUGH, G., 1961. Inventory for measuring depression. *Archive General Psychiatry*, 4:53-63.

BECKER Jr., B., 1999. *Manual de psicologia aplicada ao exercício e esporte*. Porto Alegre:Eldebra.

BECKER, A. E.; BURWELL, R. A.; GILMAN, S. E.; HERZOG, D. B. & HAMBURG, P., 2002. Eating behaviours and attitudes prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent. *British Journal of Psychiatry*, 180:480-482.

BEUMONT, P. J. V.; ARTHUR, B.; RUSSEL, J. D. & TOUYZ, S. W. 1994. Excessive physical activity in dieting disorder patients. *International Journal of Eating Disorder*, 15(1):21-36.

BIANCULLI C. H., 1995. Crescimento físico y endocrinologia em puberdade. In: *La salud del adolescente y del joven* (Organizacion Panamericana de la Saúde)Washington, (552):87-94.

BIJNEN, F. C.; CASPERSEN, C.; FESKENS, E. J.; SARIS, W. H. M.; MOSTERD, W. L. & KROMHOUT, D., 1998. Physical activity and 10 year mortality from cardiovascular disease and all causes. *Archives of Internal Medicine*, 158(27):499-505.

BOWLING, A. & WINDSOR, J., 1997. Discriminate power of the health status questionnaire 12 in relation to age, Sex, and longstanding illness: findings from a survey of households in Great Britain. *Journal of Epidemiology Community Health*, 51:564-573.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e distrito federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA.

BREWERTON, T. D.; STELLEFSON, E. J.; HODGES, E. L. & COCHRANE, C. E., 1995. Comparison of eating disorder patients with and without compulsive exercise. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4):413-416.

BROWNELL, K. D.; RODIN, J. & WILMORE, J. H., 1992. Eating, body weight and performance in athletes: An introduction. In: *Eating, body weight performance in athletes: Disorders of modern society* (Brownell, K. D. & Wilmore, J.H) pp.1-16, Philadelphia: Lea & Febiger.

BRUCH, S. R. & SILVA, B. L., 1975. Anorexia Nervosa. In: *American handbook of psychiatry* (Arietti, S.), vol.4, cap.32, 2ªed, pp. 789-809, Nova York: Basic Books.

BULIK, C. M.; SULLIVAN, P. F.; FEAR, J. L. & JOYCE, P. R., 1997. Eating Disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96:101-107.

BULIK, C. M. 2002. Anxiety, Depression and eating disorders. In: *Eating disorders and obesity – a comprehensive handbook*. (Fairburn, C. G. & Browell, K. D.) pp.193-198, New-York:Guilford Press

BUTTOM, E.; LOAN, P.; DAVIES, J. & SONUGA-BACKE, E. J. S., 1997. Self esteem, eating problems and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, 21:39-47.

BUTTON, E. J. & WHITEHOUSE, A., 1981. Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 11:509-516.

CASTRO, J. M. & GOLDSTEIN, S., 1995. Eating attitudes and behaviors of pre and postpuberal females: clues to the etiology of eating disorders. *Psychology e Behavior*, 58(1):15-23.

CHADDA, R.; MALHOTRA, S.; ASAD, A. G. & BAMBERY, P., 1997. Sociocultural factors in anorexia nervosa. *Indian Journal of Psychiatry*, 29:107-111.

CHENG, T. A., 1998. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychological Medicine*, 18:953-968.

CHILDRESS, A.; BREWERTON, T. D.; HODGES, E. L. & JARREL, M. P., 1993. The kids eating disorders survey: A study of middle school students. *Journal American Academy Child and adolescent Psychiatry*, 32:843-850.

CHIPKEVITH, E. A., 1995. Dimensão psicossocial. In: *Puberdade e adolescência: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais* (Chipkevitch, E.) pp. 11-161, São Paulo: Roca.

CHOQUET, M. & LEDOX, S., 1994. Adolescents: Enquête Nationale: Analysis et prospective. Paris:INSERIM.

COOPER, P. J & TAYLOR, M. J., 1998. Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(S2):20-22.

CLAUDINO A. M. & BORGES M. B. F., 2005. Classificação e Diagnóstico In: *Transtornos alimentares e obesidade* (Claudino A. M & Zanella M. T.) São Paulo:Manole, 25-37.

COLE, T. A.; BELLIZI M. C., FLEGAL K. M.& DIETZ, W. H., 2002. Establishing a Standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*, 320(6):1240-1243.

CORDÁS, T. A & HOCHGRAF P., 1993. O. "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42:141-144.

CORDÁS, T. A & NEVES, J. E. P., 1999. Escalas de avaliação de transtornos alimentares *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(1 esp.):41-47.

CORDÁS, T. A, 2001. Transtornos alimentares em discussão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4):178-179.

CORDÁS, T. A & NEVES, J. E. P., 2002. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(1):41-47.

CORDÁS, T. A., 2004. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*; 31(4):154-157.

CORDÁS, T. A, SALZANO F. T. & RIOS S. R, 2004. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento In: *Transtornos alimentares* (Philippi S. T. & Alvarenga, M.) pp. 39-62, São Paulo:Manole.

COSTA, R., 2002. *Gênero e prática de atividade física de lazer entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

COUTINHO, D. M., 1976. *Prevalência de doença mentais em uma comunidade marginal: Um estudo do Maciel*. Dissertação de Mestrado em Medicina, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

COUTINHO, E. S. F., 1995. *Fatores sociodemográficos e morbidade psiquiátrica menor. Homogeneidade e heterogeneidade de efeitos*. Tese de Doutorado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

CRISP, A. H.; HSU, L. K. G.; HARDING, B. & HARTSHORN, J., 1980. Clinical features of anorexia nervosa; A study of a consecutive of 102 females patients. *Journal of Psychosomatics Research*, 24:179-191.

CULLARI, S.; ROHRER, J. M. & BAHM, C., 1998. Body image perceptions across Sex and age groups. *Perceptual and Motor Skills*, 87:839-847.

DAVIS, C.; KATZMAN, D. K.; KAPTEIN, S.; KIRSH, C.; BREWER, H.; KALMBACH, K.; OLMSTED, M.; WOODSIDE, D. B. & KAPLAN, A. S., 1997. The prevalence of High- level exercise in eating disorder: Etiological Implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6):321-326.

DAVIS, C.; KENNEDY, S. H.; RAYELSKI, E. & DIONNE, M., 1994. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, 24:957-967.

DUNKER, K. L. L. & PHILIPPI, S. T., 2003. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16(1):51-60.

DUNKER, K. L. L. & PHILIPPI, S. T., 2004. Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de prevenção In: Transtornos alimentares (Philippi S. T. & Alvarenga M.), pp. 39-62, São Paulo:Manole.

ECKERT E. D.; HALMI K. A., MRACHI P., GRAVE, W. & CROSBY, R., 1995. Ten year follow-up of anorexia nervosa: Clinical course and outcome *Psychological Medicine*, 25:143-56.

EPI-INFO 6.0. Centers for Disease Control e Prevention (CDC). Release 6.0. WHO: Geneva, 1997.

FAIRBURN C. G.& COOPER .P. J., 1984. The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*,144:238-46.

FAIRBURN, C. G., 1991. The heterogeneity of bulimia nervosa and its implication for treatment. *Journal of Psychosomatic Resourch*, 35(S1):3-9.

FAIRBURN, C. G. & BEGLIN, S. J., 1990. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 14:401-408.

FAIRBURN, C. G. & COOPER, Z., 1993. The eating disorder examination. In: *Binge eating: nature, assessment and treatment* (C. G. Fairburn, G. T. Wilson), pp. 317-60, New York:Guilford Press.

FAIRBURN, C. G. & BEGLIN, S. J., 1994. Assessment of eating disorder: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4):363-70.

FAIRBURN, C. G.; NORMAN, P. A.; ELCH, S. L.; O'CONNOR, M. E.; DOLE, H. A. & PREVELER, R. C., 1995. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and long effects of three psychological treatments *Archives of General Psychiatry*, 52:304-312

FAIRBURN, C. G.; WELCH, S. L.; DOLL, H. A.; DAVIES B. A. & O'CONNOR, M. E., 1997. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54:509-517.

FIATES, G. M. R. & SALLES, R. K., 2001. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em universitárias. *Revista de Nutrição*, Campinas, 14 (S):3-6

FINLAY-JONES, R. A. & BURVILL, P. W., 1977. The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine*, 7:475-489.

FISHER, M.; SCHNEIDER, M.; PEGLER, C. & NAPOLITANO, B., 1991. Eating attitudes, health risk behaviors, self-esteem and anxiety among adolescent females in a suburban high school. *Journal of Adolescence Health*, 12:377-384.

FLEIS, J. L., 1981. *Statistical methods for proportional*. New York John Wiley & Sons.

FLEITLICH, B. W.; LARINO, M. A.; COBELO, A. & CORDÁS, T. A., 2000. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76(3):323-329.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C. & APPOLINÁRIO, J. C., 2002. Instrumento para avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (SIII):34-38.

FRENCH, S. A.; STORY, M.; NEUMARK-SZTAINER, D.; DOWNES, B.; RESNICK, M. & BLUM, R., 1997. Ethnic differences in psychosocial and health behavior correlates of dieting, purging and binge eating in a population – based sample of adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 22:315-322.

FULKERSON, J. A.; KEEL, P. K.; LEON, G. R. & DORR, T., 1999. Eating-Disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and non athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 26:73-79.

FURNHAM, A & BAGUMA, P., 1994. Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1):81-89.

FURUKAWA, T., 1993. Weight changes and eating attitudes of Japanese adolescents under acculturative stresses: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1):71-79.

GANDARILLAS, A.; FEBREL, C.; GALÁN, I.; LEÓN, C.; ZORRILLA, B & BUENO, R. 2004. Population at risk for eating disorders in a Spanish region. *Eating Weight Disorders*, 9(3):179-85.

GARFINKEL, P. E. & NEWMAN, A., 2001. The eating attitudes test: twenty-five years later. *Eating weight disorders*, 6:1-24.

GARNER, D. M., 1991. Eating disorders inventory-2. Odessa (FL): *Psychological Assessment Resources*.

GARNER, D. M. & GARFINKEL, P. E., 1979. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9(2):273-279.

GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P.; BOHER, Y. & GARFINKEL, P. E., 1982. Eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12:871-878.

GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P. & POLIVY, J., 1983. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorder*, 2:14-34.

GAUVIN, L. S. J., 1996. Physical activity and psychological well being: Knowledge base, current issues and caveats. *Nutrition Reviews*, 54(4):53-65.

GEIST, R.; DAVIS, R. & HEINMAN, M., 1998. Binge purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43:507-512.

GELIERTER, A. & AVERSA, A., 2003. Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals. *Eating Behaviors*. 3:341-347.

GHADERI, A., 2003. Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, 3:387-396.

GOLDBERG, D. P. & BLACKWELL, B., 1970. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medicine Journal*, 1:439-443.

GOLDBERG, D. P. & BLACKWELL, B., 1972. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsly monograph, nº21. London: Oxford University Press.

GOLDBERG, D. P. & WILLIAMS, P., 1988. *The users guide to General Health Questionary*. Windsor: Nfer-Nelson.

GORDON, C. C.; CHUMLEA, W. C. & ROCHE, A. F., 1988. Stature, reambient length, and weight. In: *Antropometric standardization reference manual* (Lohman, T. G.; Roche, A. F.; Martonell, R.), pp.1-8, Champaign: Illinois: Human Kinetics Books.

GORGATI, S. B, & AMIGO, V. L., 2005. Anorexia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: *Transtornos alimentares e obesidade* (Claudino, A. M. & Zanella, M. T.) pp. 39-48, São Paulo: Manole (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar/ editor Nestor Schor).

GRABER, J. A.; JEANNE-BROOKS-GUNN; PAIKOFF, R. L. & WARREN, M. P., 1994. Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30(6):823-834.

GREENO, C. G.; WING, R. R. & SHIFFMAN, S., 2000. Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:95-102.

- HAAPANEN, N.; MILUNPALO, S. & VUORI, I., 1997. Associations of leisure time physical activity with the risk of coronary heart disease, hypertension and diabetes in middle-age men and women. *International Journal of Epidemiology*, 26(4):739-747.
- HAY, P. J., 1998. The epidemiology of eating disorder behaviours: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23:371-382.
- HAY, P. J., 2002. Epidemiologia dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24(SIII):13-17.
- HALMI, K. A., 1974. Anorexia nervosa: Demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36: 18-26.
- HARRIS, E. C. & BARRACLOUGH, B., 1998. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 11–53.
- HENDERSON, M. & FREEMAN, C. P. L., 1987. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150:18-24.
- HERTHERNING, M. M., 2000. Eating Disorders: Diagnoses, Etiology and Prevention. *Nutrition*. 16(7/8):547-551.
- HERZOG, D. B.; HOPKINS, J. D. & BUMS, C.D., 1993. A follow-up study of 33 sub diagnostic eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*. 14:261-267.
- HILDE BRUCH, 1973. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York:Basic Books.
- HOLDNESS, C. C.; BROOKS-GUNN, J. & WARREN, M. P., 1994. Co-Morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *International Journal of eating Disorder*, 16:1-34.

HOSMER & LEMESHOW, S. 1989. *Applied Logistic Regression*, New York: John Wiley e Sons.

HSU, L. K. G., 1996. Epidemiology of the eating disorders. *Psichiatria Clinica of North America*.19:681-700.

HSU, L. K. G., 1997. Can dieting cause an eating disorders? *Psychological Medicine*, 27:509-513.

JOHNSON, J. G.; COHEN, P.; KASEN, S. & BROOK, J. S., 2002. Eating disorders during adolescence and risk for phisical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(6):545-52.

KEEL, P. K. & MITCHELL, J. E., 1997. Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154:313-321.

KENDAL, R., 1975. *The role of diagnosis in Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

KENDLER, K. S.; MACKLEAN, C.; NEALE, M.; KESSLER, R.; Health, A. & EAVES, L., 1991. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148:1627-1637.

KILLEN, J. D.; TAYLOR, C. B.; HAMMER, L. D.; LITT, I.; WILSON, D. M.; RICH, T.; HAYARD, C.; SIMMONDS, B.; KRAEMER, H. & VARADY, A., 1993. An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13(4):369-384.

KO, S. M.; KUA, E. H & FONES, C. S. L., 1999. Stress and the undergraduates *Singapore Medical Journal* 40(10):627-630

KOFF, .E & RIERDAN, J., 1991. Perceptions of weight and attitudes towards eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescence Health*, 12:307-312

KOH, I. P. & TIAN, C. S., 1994. Susceptibility of Singapore Chinese schoolgirls to anorexia nervosa: part 1(Psychological factors). *Singapore Medical Journal*, 35:481-485.

KRISKA, A. M. & CASPERSEN, C. J., 1997. A collection of physical activity questionnaires for health-related research. *Medicine and Science in sports and exercise*, 29(S6):3-205.

KUCZMARSKI, R. J.; FLEGAL, K. M. M; CAMPBELL, S. M. & JOHNSON, C. L., 1994. Increasing prevalence of overweight among U.S. adults: The national health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, 272:205-211

LAKE, A. J.; STAIGER, P. K. & GLOWINSKI, H., 2000. Effect of western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *International Journal of Eating Disorders*, 27:83-89.

LEON, G.; FULKERSON, J. A.; PERRY, C. & CUDECK, R., 1993. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescents girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102:438-444.

LEE, S., 1996. Reconsidering the status of anorexia nervosa as a Western culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine*, 42:21-34.

LEON, G. R.; FULKERSON, J. A.; PERRY, C. & CUDECK, R., 1993. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal Abnormal Psychology*, 102:438-444.

LEON, G. R.; FULKERSON, J. A.; PERRY, C. L. & EARLY-ZALD, M. B., 1995. Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104:140-149.

LISSNER, L.; BENGTSSON, C.; BJORKELUND, C. & WEDWAL, H., 1996. Physical activity levels and changes in relation to longevity. *American Journal of Epidemiology*, 143(1):54-62.

LEWIS, G., 1991. Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Social and Psychiatric Epidemiology*, 26:265-272.

LOPES, C. S. & FAERSTEIN, E., 2001. Confiabilidade do relato de eventos de vida estressantes em um questionário autopreenchido: Estudo Pró-Saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (3):126-133.

LORENZO, C. R.; LAVORI, P. W.; LOCK, J. D. 2002. Eating attitudes in high school students in the Philippines: a preliminary study. *Eating Weight Disorders*, 7(3)202-9.

LUZ, S. dos S., 2003. *Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em universitárias de Belo Horizonte*. Tese de Doutorado, São Paulo: PRONUT, Universidade de São Paulo.

MACAULEY, E. & BANE, S. M. R. D. L., 1995. Physique anxiety and exercise in middle age adults. *Journal of Gerontology*, 50(5): 229-350.

MAGALHÃES, V. C., 2001. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em adolescentes das Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil-1996-1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MAGALHÃES, V. C. & MENDONÇA, G. A. S., 2003. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.1(S1):129-139.

MALLONEY, M. J. & RUEDISUELI, G., 1993. The epidemiology of eating problems in nonreferred children and adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2(1):1-13.

MARI, J. J. & WILLIAMS, P., 1885. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15:651-659.

MARI, J. J., 1986. *Minor Psychiatric Morbidity in three primary care clinics in the city of São Paulo*. Institute of Psychiatry. University of London. U.K.

MARTINEZ-GONZALEZ, M. A.; MARTINEZ, J. A.; HU, F. B.; GIBNEY, M. J. & KEARNEY, J., 1999. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the Europe Union. *International Journal of Obesity*, 23(11):1192-1201.

MATSUDO, V. K. R., 1996. Measuring nutritional status, physical activity, and fitness, with special emphasis on population risk. *Nutrition Reviews*, 54(S4):79-96.

MELIN, P. & ARAUJO, A. M., 2002. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24(3):73-76.

MENEZES, C. R. A. M., 2002. *Morbidade Psiquiátrica Menor entre adolescentes cronicamente doentes atendidos em ambulatórios especializado no Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social. Uerj.

MILLIGAN, R. J.; WALLER, G. & ANDREWS, B., 2002. Eating disturbances in female prisoners: The role of anger. *Eating Behavior*, 3:123-132.

MOLLER-MADSON, S.; NYSTRUP, J. & NIELSEN, S., 1996. Mortality in anorexia nervosa in Denmark during period 1970-1987. *Acta Psychiatrica Scandi*, 94:454– 459.

MONTEIRO C.A.; CONDE W.L. & CASTRO I.R.R., 2003. A tendência cambiante da relação entre a escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). *Cadernos de Saúde Pública* ,(S19):67-75.

MORGAN, C. M.; BORGES, M. B. F. & JORGE, M., 1998. Questionário sobre padrões de alimentação e peso - revisado: um instrumento para a avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista ABP-APAL*, 20(4):130-139.

MORGAN, J. F.; REID, F. & LACEY, J. H., 1999. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 319 (4):1467-1468.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R. & NEGRÃO, A. B., 2002. Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(S3):18-23.

MORGAN, C. M. & CLAUDINO, A.M., 2005. Epidemiologia e Etiologia. In: *Transtornos alimentares e obesidade*. (Claudino, A. M. & Zanella, M. T.), pp. 15-23, São Paulo:Manole.

MORGAN, C. M. & AZEVEDO, A. C., 1998. Aspectos Socioculturais. In: *Transtornos alimentares e obesidade* (Nunes, M. A. A.; Appolinário, J. C.; Abuchaim, A. L. G. & Coutinho, W.) pp. 86-96, Porto Alegre:Artmed.

NAKAMURA K.; HOSHINO Y.; WATANABLE A.; HONDA K.; NOWA S.; TOMINAGA K; SHIMAI S. & YAMAMOTO K., 1999. Eating problems in female japanese high school students: A prevalence study. *International Journal of Eating Disorder*, 26:91-95.

NASSER, M., 1986. The validity of eating attitude Test in a non- Western population. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 73:109-110.

NASSER, M., 1997. *Culture and weight consciousness*. London: Routledge.

NUNES, M.A.; BAGATINI, L.F.; ABUCHAIM, A. L; KUNZ, A.; RAMOS, D. C.; SILVA, J.A.; SOMENZI, L. & PINHEIRO, A. 1994. Distúrbios da conduta alimentar:

considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL*;16(1):7-10.

NUNES, M. A. & RAMOS, D., 1998. Anorexia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico. In: *Transtornos Alimentares e obesidade* (Nunes, M. A. A.; Appolinário, J. C.; Abuchaim, A. L. G. & Coutinho, W.) pp. 21-30, Porto Alegre: Artmed.

NUNES, M. A. & PINHEIRO, A. P., 1998. Risco e prevenção em transtornos do comportamento alimentar. In: *Transtornos Alimentares e obesidade* (Nunes, M. A. A.; Appolinário, J. C.; Abuchaim, A. L. G. & Coutinho, W.) pp. 21-30, Porto Alegre: Artmed.

NUNES, M.A.; OLINTO, M.T.A.; BARROS, F. C. & CAMEY, S., 2001. Influência da percepção corporal e do IMC nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23:271-277.

ODGEN, J. & EVANS, C., 1999. The problem with weighting: Effects on mood, self-esteem and body image. *International Journal of Obesity and Metabolic Disorder*. 20(3):272-277.

OLIVEIRA, C. C. M., 2000. *Atividade física de lazer e sua associação com variáveis demográficas e outros hábitos relacionados à saúde em funcionários de banco estatal*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

OMS (Organização Mundial de Saúde), 1993. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

PAFFENBARGER, R. S. Jr. & HALE, W. E., 1975. Work activity and coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 292:545-550.

PARRY-JONES, B., 1991. Historical terminology of eating disorders. *Psychology Medicine*, 21:21-8.

PASTORE, D. R.; FISHER, M.; FRIEDMAN S. B. 1996. Abnormalities IN weght status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students correlations with self-esteem and anxiety. *Journal of Adolescent Health*, 18(5):312-319.

PATTON, G. C., 1988. Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, 18:947-951.

PATTON, G. C., 1992. Eating disorders: antecedents, evolution and course. *Annual Medicine*, 24:281-285.

PATTON, G. C.; JOHNSON-SABINE, E.; WOOD, K.; MANN, A. H. & WAKELING, A., 1990. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls- a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20:383-394.

PATTON, G. C.; SELZER, R.; COFFEY, C.; CARLIN, J. B. & WOLFE, R., 1999. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, (318):765-768.

POOLS, M. A.; PEETERS, P. H. M.; KEMPER, H. C. & GROBBEE, D. E., 1998. Methodological aspects of physical activity assessment in epidemiological studies. *European Journal of Epidemiology*, 14(1):63-70.

PAWLUCK, D. E. & GOREY K. M., 1998. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population based studies *International Journal of Eating Disorders*, 23:347-352.

POWELL, K.E. & PAFFENBARGER, R. S., 1985. Workshop on epidemiology and public health. Aspects of physical activity and exercise: A summary. *Public Health Reports*, 100(2):118-125.

RIERDAN, J.; KOFF, E. & STUBS, M. L., 1987. Depressive symptomatology and body image in adolescent girls. *Journal Early Adolescent*, 7:205-216.

RIBEIRO, R. P. P., 1999. *Indicadores de hábitos dietéticos e aspectos cognitivos e comportamentais relacionados aos distúrbios de conduta alimentar em adolescentes do sexo feminino*. Tese de doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RICCA, V.; MANNUCCI, E.; MORETTI, S.; DI BERNARDO, M.; ZUCHI, T.; CABRAS, P. L. & ROTELLA; C. M., 2000. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41:111-115.

ROBINS, L. N.; HELZER, J. E.; WEISSMAN, M. M.; ORVASCHEL, H.; GRUENBERG, E. M.; BURKE, J. D. & REGIER, D. A., 1984. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41:949-958.

ROSEN, J. C.; GROSS, J. & VARA, L., 1987. Psychological adjustment of adolescent attempting to lose or gain weight. *Journal Consultation Clinical Psychology*, 55:742-747.

ROSEN, J. C. & NEUMARK-SZTAINER, D., 1998. Review of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 23(6):354-363.

ROSS, C. E. & HAYES, D., 1988. Exercise and psychological well-being in the community. *American Journal of Epidemiology*. 27:762-771.

ROWE, R.; PICKLES, A.; SIMONOFF, E.; BULIK, C. & SILBERG, J. L., 2002. Bulimic symptoms in the virginia twin study of adolescent behavioral development: correlates, comorbidity, and genetics. *Biological Psychiatry* 52(2):172-182.

RUSSEL, G. F. M., 1979. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9:429-448.

SALLES-COSTA R.; WERNECK G. L.; LOPES C. S. & FAERSTEIN E., 2003.. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de. Saúde Pública*,19(4):1095-1105.

SAPOZNIK, A.; ABUSSAMRA, E. V. & AMIGO, V. L., 2005. Bulimia nervosa: manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: *Transtornos alimentares e obesidade* (Claudino, A. M. & Zanella, M. T.) pp. 49-57, São Paulo: Manole (Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar/ editor Nestor Schor).

SARIS, W. H. M., 1996. Physical activity and body weight regulation. In: *Regulation of body weight : Biological and enviromental mechanisms*. (Bouchard, C. & Bray G. A ed.)

SCHOTTE, D. E.& STUNKARD, A. J., 1987. Bulimia versus bulimic behaviors on college campus. *JAMA*, 258:1213-1215.

SHEPHARD, R., 2001. Absolute versus relative intensity of physical activity in a dose-response context. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (S3):400-418.

SHISLAK, C.M.; CRAGO, M.& ESTES L.S., 1995. The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorder*,18(3):209-219.

SHISLAK, C. M.; MARJORIE, C.; MCNIGHT, K. M.; ESTES, L. S.; GRAY, N.& PARNABY, O. G., 1998. Potencial risk factors associated with weight behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychomatic Resourch*, 44:301-313.

SHROUT, P. E., 1995 Reliability. In: *Textbook in psychiatric epidemiology* (Tsuang M. T., Tohen, M. & Zahner, G. E. P.) pp. 213-228, New York:Wiley e Sons.

SICHERI, R., 1998. *Epidemiologia da obesidade*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ.

SILVA, E. F. & PEREIRA, M. G., 1998. Concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Revista de Saúde Pública*, 32(4):383-393.

SLADE, P. D., 1973. A short anorexic behavior scale. *British Journal of Psychiatry*, 122:83-85.

SMOLAK, K. L. & LEVINE, M. P., 1994. Toward an empirical; basis for primary prevention of eating problems with elementary school children. *Eating Disorder Journal Treatment Preventive*, 2:293-307.

STICE E. & BEARMAN S. K., 2002. Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A grow curve analysis. *Developmental Psychology*, 37:597-607.

SILVERMAN, J. A., 1992. Historical development. In: *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa* (Halmi K. A. ed.), pp.3-17, Washington (DC):American Psychiatric Press.

STICE E.& WHITENTON K., 2002. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5):669-678.

SOUZA, F. G. M., MARTINS, M. C. R.; MONTEIRO, F. C. C.; MENEZES NETO, G. C. & RIBEIRO, I. B., 2002. Anorexia Nervosa em alunas de Medicina da Universidade Federal do Ceará-UFC, *Revista de Psiquiatria Clínica*. 29(4):172-180.

SMITH, M. C. & THELEN, M. H., 1984. Development and validation of a test for bulimia nervosa. *Journal Consult Clinical Psychology*, 52:863-72.

SPITZER, R. L.; DEVLIN, M.; WALSH, B. T.; HASIN, D.; WING, R.; MARCUS, M.; et al., 1992. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3):191-203.

STANSFELD, S. A.; FUHRER, R.; SHIPLEY, M. J. & MARMOT, M. G., 1999. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupation Environmental Medicine*, 56:302-307.

STATA CORP STATA STATISTICAL SOFTWARE: release 7.0. Stata corporation, 2001.

STEEN, S. N. & BROWNELL, K. D., 1990. Patterns of weight loss and regain in wrestlers: Has the tradition changed? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 22: 762-768.

STRAWBRIDGE, W. J.; DELEGER, S.; ROBERTS, R. & KAPLAN, G., 2002. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156(4):328-334.

STRIEGEL-MOORE, R. H.; GARVIN, V.; DOHM, F. A. & ROSENHECK, R. A., 1999. Eating Disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 25:405-414.

SZMUKLER, G. I., 1985. The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19:143-153.

TAYLOR, M. & COOPER, T. L., 1986. Body size overestimation and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 25:153-4.

TELCH, C. F. & STICE, E., 1998. Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66:768-776.

THOME, J. & ESPELATE, D. L. 2004. Relation among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*. 5:337-351.

THOMSEN, S. R.; WEBER, M. M. & BROWN L. B., 2002. The relationship between reading beauty and fashion magazines and the use of pathogenic dieting methods among adolescent females, *Adolescence*, 37(145):1-18.

TOMORI, M. & RUS-MAKOVEC, M., 2000. Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26:361-367.

UTTER, J.; NEUMARK-SZTAINER, D.; WALL, M. & STORY, M., 2003. Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Adolescent Health Brief*, 32:78-82.

VEGGI, A. B.; LOPES, C.S.; FAERSTEIN E. & SICHERI, R. . Índice de massa corporal, percepção corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2004; 26(4):242-247.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORI S. E.; RIBEIRO S. M. R.; FRANCESHINE S.C.C.& ALMEIDA L. P., 2002. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. *Revista de Nutrição de Campinas*, 15(3):273-82.

VILELA, J. E. M.; OLIVEIRA, R. G.; GOMES, E .L. C. & BARROS NETO, J. R., 2001 Avaliação do comportamento alimentar em crianças de Belo Horizonte. *Psiquiatria Biológica*, 9(3):121-130.

VILELA, J. E. M.; LAMOUNIER, J. A.; DELLATETTI FILHO, M. A.; BARROS NETO, J. R. & HORTA, G. M., 2004. Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*. 80(1):49-54.

VITIELLO, B. & LEDERHENDER, L., 2000. Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47:777-786.

VOHS, K. D.; BARDONE, A. M.; JOINER, T. E.; Jr. ABRANSON, L. Y. & HEATHERTON, T. F., 1999. Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108:405-414.

WALL, R. I.; BOLDEN, C. S.; BORRI, A. J. *et al*, 1997. Minor psychiatric disorder in NHS trust occupational and gender differences. *Journal of Psychiatry*, 171:519-523.

WALLER G.; PHIL, D.& HODGSON S., 1996. Body image distortion in anorexia nervosa e bulimia nervosa. The role of perceived and actual control. *Journal of Nervous Mental Disorders* , 184:213-219.

WANNAMETHEE, S. G.; SHAPPER, A. G.; WALKER, M. & EBRAHIM, S., 1998. Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke and diabetes in middle-age British men. *Archive of Internal Medicine*, 158: 2433-2440.

WARREN, B. J.; STANTON, A. L. & BLESSING, D. L., 1990. Disordered eating patterns in competitive female athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 9:565-569.

WEICH, S. & LEVIS, G., 1998. Poverty, unemployment and common mental disorders: A population based cohort study. *British Medical Journal*, 317:115-119.

WEIGHT, L. M. & NOAKES, T. D., 1987. Is running an analog of anorexia? A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19:213-217.

WHO (World Health Organization), 1995. The use and interpretation of antropometry physical status: report of a WHO Expert Comitee. WHO Tecnical Report Series. N. 854.

WHO (World Health Organization), 1998. *Obesity – Preventing and managing the global epidemic*. Genebra; Report of a WHO Expert Committe. Geneva:WHO

WIEDERMAN, M. W.; PRYOR, T. L., 1999. Body dissatisfaction, bulimia and depression among women: The mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*. (Jan):90-95.

WILLET, W.C., 1998. *Nutritional Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

WILLIAMSON, D. A., 1990. Assessment of eating disorders; Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa. *Pergamon Press*, New York, 29-79.

ZAIDER, T. L.; JOHNSON, J. G. & COCKELL, S. J., 2000. Psychiatric Comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents en the community. *The International Journal of Eating Disorders*, 28: 58-67.

X- ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE PESQUISA – SAÚDE DAS UNIVERSITÁRIAS DA UERJ

Solicitamos a sua colaboração com a leitura e o preenchimento das questões abaixo, assim como a medição de sua altura e peso corporal, que permitirão a consecução de estudo sobre aspectos de saúde e comportamento alimentar da população universitária feminina que ingressou nesta instituição de ensino superior. Esta pesquisa faz parte do projeto de tese para doutorado a ser apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ. Espera-se que os resultados obtidos ao serem divulgados na comunidade científica, originem medidas de intervenção que contribuam para a prevenção e controle de distúrbios alimentares, com a melhoria da qualidade de vida da comunidade feminina que teve a oportunidade de acesso ao ensino superior público e de qualidade.

Informamos ainda, que as respostas serão mantidas em sigilo, não terão qualquer uso administrativo e somente serão utilizadas para a finalidade da pesquisa epidemiológica. As respostas serão confidenciais. Elas serão analisadas apenas como estatísticas agrupadas, ou seja, respostas individuais não constarão de nenhum relatório. A sua participação na pesquisa é voluntária e não reverterá em nenhuma forma de remuneração financeira, nem em acréscimo de créditos em seu histórico escolar. O seu nome e endereço de contato só serão de acesso do pesquisador responsável, caso haja a necessidade de contato posterior. Ratificamos a preciosidade de suas informações pessoais para a comunidade científica e para a população feminina e agradecemos antecipadamente a sua participação.

Concordo em preencher o questionário em anexo para a pesquisa de “Saúde das Universitárias”

Assinatura:.....
Data: __/__/__

Anexo 2

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA – SAÚDE DAS UNIVERSITÁRIAS DA UERJ

BLOCO A

Nº Registro:	Digitador:
--------------	------------

Começaremos com algumas perguntas que se referem a informações pessoais e de saúde:

- A1. Nome:**.....
- A2. Endereço:**..... **A3. Bairro:**.....
- A4. Telefone de contato:**..... **Área geográfica (para entrevistador) COD:**.....
- A5. Data de Nascimento:** __/__/____ **A6. Idade atual:**.....anos
- A7. Estado civil:** 1() solteira 2() união estável 3() separada 4() viúva
- A8. Em sua opinião, qual é a sua cor?** 1() branca 2() parda (morena) 3() preta(mulato) 4() amarela (oriental)
- A9. Qual o curso que está cursando na UERJ?**
- A10. Qual o turno de estudo?** 1() Manhã 2() Tarde 3() Noite 4() Manhã e Tarde 5() Integral
- A11. Qual o período escolar?** 1º() 2º() 3º() 4º() 5º() 6º() 7º() 8º() 9º() 10º()
- A12. Você trabalha?** 0() não 1() sim
- A13. Se sim, quantas horas por semana?**Horas
- A13. Qual o trabalho?**
- A14. Qual a renda habitual de sua família incluindo salários, aposentadorias, aluguéis e outros rendimentos, por mês?** _____ reais
- A15. Quantas pessoas vivem desta renda?**
- A16. Qual a escolaridade de seu pai?** 1() menos de um ano 2() primário completo(completou a 4ª série de 1º grau) 3() primário incompleto 4() primeiro grau completo (8ª série concluída) 5() primeiro grau incompleto 6() segundo grau completo 7() segundo grau incompleto 8() superior completo 9() superior incompleto 10() pós-graduação
- A17. Qual a escolaridade de sua mãe?** 1() menos de um ano 2() primário completo(completou a 4ª série de 1º grau) 3() primário incompleto 4() primeiro grau completo (8ª série concluída) 5() primeiro grau incompleto 6() segundo grau completo 7() segundo grau incompleto 8() superior completo 9() superior incompleto 10() pós-graduação
- A18. Com que idade você menstruou pela primeira vez?** ____ anos de idade
- A19. Seus pais vivem juntos?** 0() não 1() sim
- A20. Você está grávida?** 0() não 1() sim 2() acho que sim
- A21. Você tem filho(s)?** 0() não 1() sim, 1 filho 2() sim, 2 filhos 3() sim, 3 ou mais
- A22. Nas DUAS ÚLTIMAS SEMANAS você usou algum tipo de medicamento?** 0() não 1() sim
- A23. Se SIM, que medicamento(s) você usou?**

A24. Você quando foi ao médico este informou que você tem... Para cada condição ou doença marque **SIM** ou **NÃO**

1. Colesterol alto (gordura no sangue)?()sim ()não	9. Cálculo na vesícula?()sim ()não
2. Diabetes (açúcar no sangue)?()sim ()não	10. Úlcera de estômago ou duodeno?.....()sim ()não
3. Infarto do miocárdio?()sim ()não	11. Gastrite?.....()sim ()não
4. Angina(isquemia, má circulação no coração)?()sim ()não	12. LER (lesão por esforço repetitivo)?..()sim ()não
5. Acidente vascular cerebral (derrame)?.....()sim ()não	13. Artrose (artrite, reumatismo)?.....()sim ()não
6. Asma (bronquite asmática)?.....()sim ()não	14. Hérnia de disco?.....()sim ()não
7. Bronquite crônica?.....()sim ()não	15. Hipertireoidismo?.....()sim ()não
8. Cálculo (pedra) no rim?()sim ()não	16. Hipotireoidismo?.....()sim ()não
	17. Hipertensão?.....()sim ()não

BLOCO B

Agora, gostaríamos de saber a respeito da sua altura, história de peso, percepção corporal e alguns hábitos dietéticos. Por favor responda todas as perguntas

B1. Qual é a sua altura? _____ cm

B2. Qual é o seu peso atual? ___ __ __, ___ Kg

B3. Qual é o peso máximo que você já apresentou? ___ __ __, ___ Kg (Não incluir peso obtido durante gravidez)

B4. Qual é o peso mínimo que você já apresentou? ___ __ __, ___ Kg

B5. Qual é, no seu entender, seu peso ideal? ___ __ __, ___ Kg

B6. Você se sente em relação a seu peso:

(5) muito gorda (4) gorda (3) normal (2) magra (abaixo do peso ideal) (1) muito magra (muito abaixo peso ideal)

B7. Seu pai biológico é: (5) muito gordo (4) gordo (3) normal (2) magro (1) muito magro

B8. Sua mãe biológica é: (5) muito gorda (4) gorda (3) normal (2) magra (1) muito magra

B9. Seu pai e/ou sua mãe critica(m) você com relação ao seu peso ou dieta? 1() sim 0() não

B10. Você tem períodos menstruais regulares? 1() sim 0() não

B11. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser esclarecido(a) quanto à sua orientação? 1() sim 0() não

B12. Você alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento ? 1() sim 0() não

B13. Você sempre faz dieta para emagrecer?

0() nunca fiz dieta para emagrecer 1() sim, já fiz de 1 até 5 vezes 2() sim, já fiz de 6 até 10 vezes

3() sim, já fiz de 11 até 15 vezes 4() sim, já fiz mais de 15 vezes

B14. Com que frequência você lê artigos de revista e/ou jornal que oriente sobre dieta ou como perder peso corporal?

0() nunca 1() quase nunca 2() algumas vezes 3() sempre

B15. Quantas horas você costuma dormir por dia?.....horas/por dia

B16. Quantas horas você costuma assistir televisão e/ou utiliza computador por dia?horas/por dia

B17. Com que frequência e em que local você, em média, faz as seguintes refeições? (1=em casa (C); 2=no trabalho(T); 3=na faculdade(F))

Café da manhã	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Almoço	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Jantar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Lanche entre o café da manhã e almoço	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Lanche da tarde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Lanche após jantar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

B18. Com que frequência você come frutas (in natura ou forma de suco)?

1() 3X ao dia 2() 2X ao dia 3() 1X ao dia 4() 5 a 6 vezes/ semana
5() 2 a 4 X semana 6() 1 vez semana 7() 1 a 3 vezes semana 8() nunca ou quase nunca

B19. Com que frequência você come verduras e legumes (não incluir batatas, cará, inhame e aipim)?

1() 3X ao dia 2() 2X ao dia 3() 1X ao dia 4() 5 a 6 vezes/ semana
5() 2 a 4 X semana 6() 1 vez semana 7() 1 a 3 vezes semana 8() nunca ou quase nunca

B20. Com que frequência você utiliza frituras?

1() 3X ao dia 2() 2X ao dia 3() 1X ao dia 4() 5 a 6 vezes/ semana
5() 2 a 4 X semana 6() 1 vez semana 7() 1 a 3 vezes semana 8() nunca ou quase nunca

B21. Com que frequência você utiliza açúcar ou doces em geral?

1() 3X ao dia 2() 2X ao dia 3() 1X ao dia 4() 5 a 6 vezes/ semana
5() 2 a 4 X semana 6() 1 vez semana 7() 1 a 3 vezes semana 8() nunca ou quase nunca

B22. Com que frequência você utiliza refrigerantes?

1() 3X ao dia 2() 2X ao dia 3() 1X ao dia 4() 5 a 6 vezes/ semana
5() 2 a 4 X semana 6() 1 vez semana 7() 1 a 3 vezes semana 8() nunca ou quase nunca

B23. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar? () sim () não

B24. Caso sim, descreva com detalhes:

.....

Teste 1 – BITE

Agora vamos verificar seu padrão alimentar, continue respondendo! Nos últimos 3 meses...

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular? 1() sim 0() não

2. Você segue uma dieta rígida? 1() sim 0() não

3. Você se sente fracassado quando quebra sua dieta uma vez? 1() sim 0() não

4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta? 1() sim 0() não

5. Você já jejuou por um dia inteiro? 1() sim 0() não

***6. Se já jejuou, qual a frequência?** () dias alternados(5) () 2 a 3 vezes por semana(4) () 1 vez por semana(3)
() de vez em quando(2) () somente 1 vez(1)

***7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?** Marque com X a opção que é a sua realidade

x dia	<i>Nunca</i>	De vez em quando	1x/sem.	2 a 3x/sem.	Diaria mente	2 a 3x/dia.	5 ou + x ao dia
tomar comprimidos	0()	2()	3()	4()	5()	6()	7()
tomar diuréticos	0()	2()	3()	4()	5()	6()	7()
tomar laxantes	0()	2()	3()	4()	5()	6()	7()
vômitos	0()	2()	3()	4()	5()	6()	7()

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida? 1() sim 0() não

9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida? 1() sim 0() não

10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente? 1() sim 0() não

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? 1() sim 0() não

12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho(a)? 1() sim 0() não

13. Você sempre pode parar de comer quando quer? 1() sim 0() não

14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar? 1() sim 0() não

15. Quando você se sente ansioso(a), tende a comer muito? 1() sim 0() não

16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora? 1() sim 0() não

17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)? 1() sim 0() não

18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? 1() sim 0() não

19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come? 1() sim 0() não

20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto? 1() sim 0() não

21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? 1() sim 0() não

22. Você engana os outros sobre quanto come? 1() sim 0() não

23. Quanto você come é determinado pela fome que sente? 1() sim 0() não

24. Você já teve episódios exagerados de alimentação? 1() sim 0() não

25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal? 1() sim 0() não

26. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)? 1() sim 0() não

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

() quase nunca (1)

() 1 vez por mês (2)

() uma vez por semana (3)

() 2 a 3 vezes por semana (4)

() diariamente (5)

() 2 a 3 vezes por dia (6)

29. Se você come demais, você se sente muito culpado (o)? 1() sim 0() não

30. Você já comeu escondida? 1() sim 0() não

31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais? 1() sim 0() não

32. Você se considera alguém que come compulsivamente? 1() sim 0() não

33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana? 1() sim 0() não

PESO E ALTURA

Quando você terminar de responder todo o questionário, iremos aferir o seu peso e a sua altura, portanto os quatro campos abaixo serão preenchidos pelo entrevistador. Passe a responder o Bloco C

1. Altura _____ cm 2. Peso _____ Kg 3. IMC=.....

4. Avaliação: 1() baixo peso 2() normal 3() sobrepeso 4() obesidade

Nome do aferidor:.....

BLOCO C - Teste 2 – EAT

Por favor, responda a todas as questões, circundando a opção que melhor se correlaciona com você

C1. Costumo fazer dieta.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C2. Como alimentos dietéticos.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C3. Sinto-me mal após comer doces.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C5. Evito alimentos que contenham açúcar.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C8. Gosto de estar com o estômago vazio.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C9. Quando faço exercício penso em queimar calorias.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.

(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C15. Vômito depois de comer.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C17. Passo muito tempo pensando em comida.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C19. Sinto que a comida controla a minha vida.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C20. Corto minha comida em pedaços pequenos.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C21. Levo mais tempo que os outros para comer.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C24. Sinto que os outros me pressionam a comer.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C25. Evito comer quando estou com fome.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

C26. Demonstro autocontrole em relação à comida.

(1)Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente (6) Sempre

BLOCO D - Teste 3 - GHQ

Agora, nós gostaríamos de saber como você tem passado, nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você tem..

1. perdido muito sono por preocupação?

(1) De jeito nenhum que de costume (2) Não mais que de costume (3) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume

2. se sentido constantemente nervoso(a) e tenso(a)?

(1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume (3) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume

3. sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

(1) Mais que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume (4) Muito menos que de costume

4. sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

(1) Mais que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume (4) Muito menos que de costume

5. sido capaz de enfrentar seus problemas?

(1) Mais que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos capaz que de costume (4) Muito menos que de costume

6. se sentido capaz de tomar decisões?

(1) Mais que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos capaz que de costume (4) Muito menos que de costume

7. sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

(1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume (3) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume

8. se sentido feliz de um modo geral?

(1) Mais que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume (4) Muito menos que de costume

9. tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

(1) Mais que de costume (2) O mesmo de sempre (3) Menos que de costume (4) Muito menos que de costume

10. se sentido triste e deprimido(a)?

(1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume (3) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume

11. perdido a confiança em você mesmo?

(1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume (3) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume

12. se achado uma pessoa sem valor?

(1) De jeito nenhum (2) Não mais que de costume (3) Um pouco mais que de costume (4) Muito mais que de costume

D1. Para o entrevistador: GHQ 1()sim 0()não

BLOCO E – OUTROS HÁBITOS E ATIVIDADE FÍSICA

E1. Você fuma atualmente? 1 ()sim 0 ()não

E2. Em geral quantos cigarros por dia você fuma ou fumava? _____ cigarros

E3. Ao todo, durante quantos anos você fumou ou fuma? (Se for o caso, desconte os períodos em que você deixou de fumar) _____ anos () menos de um ano

E4. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, quantos dias, ao todo você consumiu algum tipo de bebida alcoólica?

0() nenhum dia 1() todos os dias 2() 10 a 13 dias 3() 6 a 9 dias 4 () 2 a 5 dias 5() 1 único dia

E5. Nas duas últimas semanas, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer? 1 ()sim 0 ()não

Se a resposta anterior (E5) foi sim, **para finalizar, você resumirá na tabela abaixo sua atividade usual em relação as DUAS ÚLTIMAS SEMANAS:**

ATIVIDADE	NÃO REALIZOU	SE A RESPOSTA É SIM	
		Número total de vezes nas duas últimas semanas (A)	Tempo em geral gasto por vez (em minutos) (B)
1. Caminhada (4.0)			
2. Ioga ou alongamento (1.0)			
3. Bicicleta ou natação (7.0)			
4. Ginástica (4.0)			
5. Tênis (7.0)			
6. Vôlei (4.0)			
7. Musculação (6.0)			
8. Dança (4.8)			
9. Corrida (8.0)			
10. Futebol ou Basquete (8.0)			
11. Remo (3.0)			
12. Lutas (6.0)			

Para entrevistador: total METS nas duas semanas :...../ Media METS semanal:.....

**MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!
CHEGAMOS AO FIM DO QUESTIONÁRIO !**

Anexo 3 – Informações para preenchimento de informações pelo entrevistador

Áreas geográficas da cidade (Centro, Sul, Norte e Oeste) Áreas de Planejamento- AP e bairros

ZONA CENTRO

AP 1.0 (CÓDIGO 01)

Benfica	Cidade Nova	Paquetá	São Cristóvão
Catumbi	Estácio	Rio Comprido	Saúde
Caju	Gamboa	Santa Tereza	Vasco da Gama
Centro	Mangueira	Santo Cristo	

ZONA SUL

AP 2.1 (CÓDIGO 21)

Botafogo	Cosme Velho	Glória	Jardim Botânico	Leblon	<i>São Conrado</i>
Catete	Flamengo	Humaitá	Lagoa	Leme	Urca
Copacabana	Gávea	Ipanema	Laranjeiras	Rocinha	Vidigal

ZONA NORTE

AP 2.2 (CÓDIGO 22)

Andaraí	Grajaú	Praça da Bandeira	Vila Isabel
Alto da Boa Vista	Maracanã	Tijuca	

AP 3.1 Bairros: Cidade Universitária (CÓDIGO 31)

Bancários	Cordovil	Manguinhos	Penha Circular	Tauá
Bonsucesso	Freguesia	Maré	Pitangueira	Vigário Geral
Brás de Pina	Galeão	Moneró	Portuguesa	Zumbi
Cacuaia	Jardim América	Parada de Lucas	Praia da Bandeira	
Cocotá	Jardim Carioca	Olaria	Ramos	
<i>Complexo do Alemão</i>	Jardim Guanabara	Penha	Ribeira	

AP 3.2 (CÓDIGO 32)

Abolição	Engenho da Rainha	Jacarezinho	Piedade	São Francisco Xavier
Água Santa	Engenho de Dentro	Jacaré	Pilares	Todos os Santos
Cachambi	Engenho Novo	Lins de Vasconcelos	Riachuelo	Tomás Coelho
Del Castilho	Higienópolis	Maria da Graça	Rocha	
Encantado	Inhaúma	Méier	Sampaio	

ZONA NORTE (Continuação)**AP 3.3 (CÓDIGO 33)**

Acari	Cavalcanti	Honório Gurgel	Pavuna	Vicente de Carvalho
Anchieta	Coelho Neto	Irajá	Quintino Bocaiúva	Vila Cosmos
Barros Filho	Colégio	Madureira	Ricardo de Albuquerque	Vila da Penha
Bento Ribeiro	Costa Barros	Marechal Hermes	Rocha Miranda	Vista Alegre
Campinho	Engenheiro Leal	Oswaldo Cruz	Turiaçu	
Cascadura	Guadalupe	Parque Anchieta	Vaz Lobo	

ZONA OESTE**AP 4.0 (CÓDIGO 40)**

Anil	Freguesia	Joá	Taquara
Barra da Tijuca	Gardênia Azul	Pechincha	Vargem Grande
Camorim	Grumari	Praça Seca	Vargem Pequena
Cidade de Deus	Itanhangá	Recreio dos Bandeirantes	Vila Valqueire
Curicica	Jacarepaguá	Tanque	

AP 5.1 (CÓDIGO 51)

Bangu	Campos dos Afonsos	Magalhães Bastos	Realengo	Vila Militar
Deodoro	Jardim Sulacap	Padre Miguel	Senador Camará	

AP 5.2 (CÓDIGO 52)

Barra de Guaratiba	Cosmos	Inhoaíba	Santíssimo
Campo Grande	Guaratiba	Pedra de Guaratiba	Senador Vasconcelos

AP 5.3 (CÓDIGO 53)

Paciência	Santa Cruz	Sepetiba
-----------	------------	----------

AP 6.0 (CÓDIGO 60)

Outros municípios

Área de saber e respectivos códigos dos cursos da UERJ

➤ Biomédica

Curso	Código
Instituto de Nutrição	01
Faculdade de Odontologia	02
Instituto de Biologia	03
Faculdade de Enfermagem	04
Faculdade de Ciências Médicas	05

➤ Educação e Humanidades:

Curso	Código
Faculdade de Educação	06
Instituto de Artes	07
Instituto de Psicologia	08
Instituto de Educação Física e Desportos	09
Faculdade de Comunicação Social	10
Instituto de Letras	13

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS NOS TESTES DO QUESTIONÁRIO APLICADO

TESTE 1 – BITE – Teste de investigação bulímica de Edimburgo

Número de pontos no teste de sintomas = variável **BITESCORE** (0 A 30 pontos)

-Ítems 1, 13, 21, 23 e 31, pontua-se não (1 ponto)

-Demais ítems, pontua-se sim (1 ponto)

Comportamento Alimentar= variável **COMPBITE**

Menos de 10 pontos= Código 0 = ausência de comportamento alimentar anormal

De 10 a 19 pontos = Código 1= comportamento alimentar de risco (sugere padrão alimentar não usual, mas não estão presentes todos os critérios para bulimia)

Maior ou igual a 20 = Código 2 = comportamento alimentar anormal (presença de comportamento alimentar compulsivo, grande possibilidade de bulimia)

Escala de gravidade de comportamento alimentar anormal (Questões 6, 7 e 27)

Número de pontos para escala: variável **SINTOMBITE** (0 a 39 pontos)

Pontuação de escala de gravidade: variável **BITESGRAV**(escala de sintomas ≥ 10 no BITE)

Ausente= Código 0

de 01 a 05 pontos= Código 1 = leve

De 05 a 09 pontos = Código 2= moderada

De 10 ou mais pontos= Código 3 = grave

TESTE 2- EAT

Número de pontos no teste = variável **EATESCORE** (0 A 78 pontos)

Comportamento Alimentar = variável **EAT**

Menos de 20 pontos= Código 0 = sem comportamento alimentar anormal

Mais de 20 pontos= Código 1 = Comportamento alimentar de risco

Relação dos medicamentos e seus respectivos códigos

- 01)** anti-gripal, analgésico, anti-inflamatório, anti-espasmódico
- 02)** antibiótico
- 03)** anticoncepcional
- 04)** homeopatia
- 05)** analgésico ou outro 01 + anticoncepcional
- 06)** suplemento vitamínico ou Roacutan
- 07)** neuroléptico e ansiolítico
- 08)** analgésico ou outro 01 e ansiolítico
- 10)** hormônio da tireóide e lipolítico
- 11)** anti-histamínico
- 12)** broncodilatador
- 13)** quimioterápico
- 14)** descongestionante nasal
- 15)** anti-histamínico e vitamina
- 16)** anti-ácido ou inibidor de H⁺
- 17)** anti-depressivo
- 18)** anti-hipertensivo

Relação das profissões e seus respectivos códigos

- 01)** atendimento público, secretária, auxiliar de contabilidade, telemarketing, recepcionista, operadora de caixa, auxiliar administrativo
- 02)** recreadora, ator, merendeira, artesã, modelista
- 03)** professora, nível técnico, agente administrativo, técnico judiciário, técnico de laboratório, técnico de enfermagem, administrador de imóveis, dinamizador social
- 04)** profissão de nível superior
- 05)** tradutora
- 06)** monitora, bolsista, estagiária, aula particular
- 07)** doméstica
- 08)** autônoma

Anexo 4

Pontos de corte utilizados para avaliação nutricional de universitárias

Idade (anos)	Baixo peso*	Sobrepeso**	Obesidade**
17	16,59	24,70	29,69
18	16,71	25	30,00
19	16,87	25	30,00
20 a 24	17,38	25	30,00
Acima de 24	18,50	25	30,00

*pontos de corte correspondentes ao quinto percentil (WHO, 1995).

**pontos de corte para S/O, segundo Cole *et al.*, 2002.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)