

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

PAULA VIRGÍNIA LISBÔA CHAVES DE CARVALHO

ANOREXIA E BULIMIA EM ADOLESCENTES

São Luís
2008

PAULA VIRGÍNIA LISBÔA CHAVES DE CARVALHO

ANOREXIA E BULIMIA EM ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva

São Luís

2008

Carvalho, Paula Virgínia Lisbôa Chaves de.

Anorexia e bulimia em adolescentes. / Paula Virgínia Lisbôa Chaves de Carvalho. – São Luís, 2008.

77f.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão – UFMA, 2008.

1. Anorexia – Adolescentes – Transtornos alimentares
2. Bulimia – Adolescentes – Transtornos alimentares I. Título.

CDU 616.89 – 008.441.42 – 053.6

PAULA VIRGÍNIA LISBÔA CHAVES DE CARVALHO

ANOREXIA E BULIMIA EM ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Dilercy Aragão Adler
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Prof. Dr. Fernando Antônio Guimarães Ramos
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Aos meus pais, Clara e Chaves, presenças indispensáveis na minha formação pessoal e profissional, exemplos de honestidade, confiança, luta e determinação; e aos meus irmãos, Sílvia Helena e Carlos André, meus companheiros de vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido Wissam, marido e companheiro, pelo apoio constante e incentivo para a realização deste trabalho;

À amada Camila, minha filha, fonte de inspiração e motivação em todos os momentos da minha vida;

Ao Prof. Dr. Raimundo Antonio da Silva, amigo e orientador, pelos fundamentais ensinamentos compartilhados para a realização deste trabalho;

À Banca do Exame de Qualificação: Prof. Dr. Fernando Antônio Guimarães Ramos e Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra pela valiosa contribuição;

À Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos pelo auxílio na tabulação dos dados;

Ao Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva pelas importantes orientações;

À Laodicéia Mota Ataíde pela grandiosa contribuição na digitação do banco de dados;

À Direção da escola participante da pesquisa, pelo consentimento à realização deste trabalho;

A todos os adolescentes e seus familiares que integraram esta pesquisa pela essencial colaboração na etapa da coleta dos dados;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de Mestrado.

“... a sexualidade dissocia-se cada vez mais do amor. O outro é substituído, coisificado e desumanizado na desesperada busca de identidade e na fuga da solidão.”

Francisco B. Assumpção Jr.

RESUMO

Este é um estudo transversal que tem como objetivos investigar a ocorrência de possíveis transtornos alimentares, anorexia e/ou bulimia, em adolescentes de ambos os sexos e identificar o perfil epidemiológico dos mesmos. Para o rastreamento dos transtornos alimentares foram aplicados os questionários autopreenchíveis BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edinburg) e EAT-26 (Teste de Atitudes Alimentares resumido) em 500 adolescentes de uma escola particular na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. Os achados mostraram que 70(14%) adolescentes possivelmente apresentam o diagnóstico de anorexia, 4(0,8%), bulimia e 11(2,2%), anorexia combinada com bulimia. Verificou-se que 78(15,6%) adolescentes apresentam uma conduta alimentar não usual, comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Este trabalho mostra uma alta ocorrência de possíveis transtornos alimentares na amostra estudada e um perfil epidemiológico heterogêneo, ocorrendo, em ambos os sexos, em diversas etnias e camadas sócio-econômicas. A insatisfação com o próprio corpo e o desejo de modificá-lo são sentimentos presentes nos adolescentes que provavelmente têm transtorno alimentar ($p < 0,001$).

Palavras-chave: Anorexia, bulimia, transtorno alimentar.

ABSTRACT

This is a cross-sectional study whose objectives are to investigate the occurrence of possible eating disorders, anorexia and/or bulimia in adolescents of both sexes, and to identify the epidemiologic profile of both. To identify eating disorders, 500 adolescents from a private school in São Luís, Maranhão, Brazil, completed self-report questionnaires, the BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh) and the EAT-26 (Eating Attitudes Test summarized). The findings indicate that 70 (14%) adolescents possibly present with diagnoses of anorexia, 4 (0,8%) of bulimia, and 11(2,2%) with anorexia and bulimia combined. It was observed that 78 (15,6%) adolescents presented with non-usual eating habits, placing them at risk for the development of eating disorders. This investigation shows that there is a high occurrence of possible eating disorders in the sample studied and a heterogeneous epidemiologic profile, occurring in both sexes and within diverse ethnic groups and social-economic classes. The dissatisfaction with their own bodies and the wish to modify them are feelings present in adolescents who probably exhibit eating disorders ($p<0.001$).

Key words: Anorexia, bulimia, eating disorders.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição da amostra por série e idade. São Luís, MA, 2006.	50
Tabela 2	- Descrição geral da amostra em estudo. São Luís, MA 2006.....	51
Tabela 3	- Classificação do comportamento alimentar dos adolescentes. São Luís, MA, 2006.	53
Tabela 4	- Resultados obtidos conforme as variáveis sexo, cor/etnia e renda. São Luís, MA, 2006.	54
Tabela 5	- Resultados obtidos conforme o uso de diuréticos, laxantes, comprimidos para regular o apetite e prática de vômitos auto-induzidos entre os adolescentes com TA. São Luís, MA, 2006.	57
Tabela 6	- Resultados obtidos conforme o uso de fumo, álcool e drogas entre os adolescentes com TA. São Luís, MA, 2006.	59
Tabela 7	- Resultados obtidos conforme a satisfação corporal e o desejo de modificar algo no próprio corpo. São Luís, MA, 2006.	61
Tabela 8	- Resultados obtidos conforme a percepção do próprio comportamento alimentar entre os adolescentes com TA. São Luís, MA, 2006.	62

SIGLAS

AN	- Anorexia Nervosa
BN	- Bulimia Nervosa
BITE	- Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DSM-IV-TR	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais traduzido
EAT-26	- Teste de Atitudes Alimentares Resumido
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	- Maranhão
TA	- Transtorno Alimentar
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 O PROBLEMA	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 Aspectos gerais	13
2.2 Critérios diagnósticos	16
Anorexia Nervosa (AN)	16
Bulimia Nervosa (BN)	22
Fatores etiológicos dos transtornos alimentares	28
Fatores Biológicos	29
Fatores Socioculturais	29
2.3.2.1 Os homens e os transtornos alimentares.....	31
Fatores Familiares	32
Fatores Individuais	34
Aspectos comuns nos pacientes com transtorno alimentar	36
Tratamento	39
Objetivos do Tratamento da AN	40
Objetivos do Tratamento da BN	40
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS	42
5 METODOLOGIA	43
5.1 Natureza do estudo	43
5.2 Campo de estudo	43
5.3 Contextualização do campo de estudo	43
5.4 Amostra em estudo	44
5.5 Instrumentos e coleta de dados	45
5.6 Análise estatística	48
5.7 Considerações éticas	49
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÃO	64
8 SUGESTÕES	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	74
APÊNDICE	77

1 O PROBLEMA

A escolha deste tema foi motivada pela crescente incidência dos transtornos alimentares em nível mundial. É um problema relativamente novo que suscita inúmeras dúvidas e cujas causas ainda não são totalmente conhecidas, apesar da vultosidade que vêm alcançando nos últimos tempos (RANGÉ, 2001).

Nem sempre é fácil notar quando estamos frente a alguém que tem um transtorno alimentar (TA). Fazer regime, atividade física e estar ligado à comida e ao peso são costumes comuns em nossa sociedade, portanto este não deve ser o critério de classificação. Entretanto, há condutas que marcam diferenças. Quando estamos diante de um transtorno alimentar, o problema não é apenas a comida - existem também os de ordem psicológica que interferem e influenciam o estado de ânimo da pessoa doente (HERSCOVICI,1997).

Segundo Herscovici (1997) uma pessoa pode iniciar um transtorno alimentar num momento de dificuldade pessoal no qual, ao invés de reagir adequadamente frente a resolução de um problema de sua vida, recorre ao alimento para aliviar a angústia, abaixar a ansiedade, acalmar-se, etc.

Entender o que é um transtorno alimentar, que tipo de pessoa o desenvolve e o porquê da sua crescente incidência são questões fundamentais para o entendimento de um problema considerado, atualmente, de saúde pública.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos Gerais

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-IV-TR, os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por um transtorno mental e por uma grave perturbação do comportamento alimentar. Há uma linha muito tênue entre um transtorno e outro - um bulímico pode ter episódios anoréxicos e vice-versa e uma pessoa pode desenvolver as duas doenças simultaneamente. Todos estão intimamente interligados (HERSCOVICI,1997). Segundo o DSM-IV-TR, os TA são, de fato, um problema de ordem psicológica associado a uma perturbação do comportamento alimentar.

No mundo de hoje, onde o culto à beleza e ao corpo “perfeito” são ditados a qualquer tempo como essenciais à felicidade humana, é comum que as pessoas valorizem o corpo, a forma física, preocupem-se com a alimentação, pratiquem exercícios físicos, etc.. O que diferencia uma pessoa com transtorno alimentar é uma obsessão constante pelos temas de comida, peso e forma corporal - rege sua existência em função desses aspectos, sem conseguir pensar em outra coisa. Tal obsessão é caracterizada por pensamentos intrusivos, constantes, persistentes e inflexíveis sempre relacionados ao corpo e à conduta alimentar - confirma-se, então, um problema psicológico relacionado a um transtorno de pensamento (HERSCOVICI,1997; BUSSE et al., 2004).

Estamos frente a um transtorno alimentar quando a atitude de uma pessoa em relação à comida e ao peso corporal se transforma naquilo que rege sua conduta. Por exemplo, alguém que deixa de sair com amigos porque engordou; que adia as

férias porque ainda não alcançou o peso desejado; que fica infeliz e deprimido quando a roupa não está frouxa, etc. A pessoa começa a limitar sua vida, tomando decisões importantes não de acordo com seus desejos e vontades, mas conforme se sente a respeito de seu corpo. O que a balança indica ou o fato de ter resistido ou sucumbido à tentação de comer algo, influencia o estado de ânimo e a autovalorização dessa pessoa (HERSCOVICI,1997; NUNES et al., 2002).

Uma característica importante é que a comida adquire um significado que vai além da satisfação das demandas do corpo e da fome, passando a ser um substituto para questões internas mal-resolvidas: o alimento pode servir para acalmar ansiedades; como anestésico para bloquear pensamentos ou sentimentos dolorosos ou como alívio de tensões; para outros, a restrição alimentar será uma tentativa de controle de necessidades internas vistas como ameaçadoras; um gesto de rebeldia em relação aos pais; um desvio para postergar a adolescência. Enfim, o comportamento alimentar desvia-se totalmente de seu objetivo primordial - a saciação da fome (HERSCOVICI,1997).

A pessoa se depara com um fato significativo em sua vida - um rompimento afetivo, um conflito familiar, um fracasso profissional - que desencadeia ansiedade e tensão, não consegue resolvê-lo agindo adequadamente, sente um “vazio interno” que precisa ser preenchido e, então, come para preencher esse “vazio” erroneamente identificado como fome - é o que ocorre na Bulimia . Já com os anoréxicos, tais fatos atentam contra a sensação de controle de si mesmos e de suas vidas - o domínio sobre sua conduta através de dietas extremamente restritivas ou jejuns, apesar de sentirem fome, passa a ter um significado especial: dar uma sensação de poder e controle sobre o comportamento alimentar, diferentemente do que ocorre nas outras áreas da sua vida. Esse parece ser o problema central dos TA – o comer

compulsivo-excessivo na bulimia ou a restrição alimentar na anorexia serve para aliviar dificuldades internas mal-resolvidas (HERSCOVICI,1997).

Mas por quê nem todas as pessoas que passam por situações difíceis que fogem ao seu controle desenvolvem um transtorno alimentar? Tais situações podem servir como disparadores do problema, mas na verdade existem outros aspectos que, combinados entre si, predispõem à determinação dessas doenças. Alguns autores afirmam que as causas dos TA ainda não são totalmente conhecidas, embora haja evidências de que sejam multideterminados por uma combinação de fatores socioculturais, familiares e biológicos associados a características individuais de personalidade (baixa auto-estima, perfeccionismo, distorções de pensamentos, impulsividade, etc.) como responsáveis pelo desenvolvimento do TA (HERSCOVICI,1997; RANGÉ, 2001; BUSSE et al., 2004).

É difícil estimar a incidência exata dos transtornos alimentares, pois muitas pessoas não se consideram doentes ou ocultam seus sintomas por sentirem vergonha. Contudo, é possível que até 1% das mulheres adolescentes e no início da vida adulta preencham totalmente o critério do DSM-IV-TR para anorexia e que até 3% o faça para bulimia. Há maior incidência em mulheres (mais de 90%) das classes média e alta, sendo mais freqüente na raça branca. Pessoas com profissões ou atividades que valorizam a magreza - como modelos, bailarinos e atletas - são mais suscetíveis. Há estudos que assinalam os estudantes de medicina como uma população vulnerável ao desenvolvimento da Anorexia Nervosa. A prevalência dos transtornos alimentares parece ser bem maior em sociedades industrializadas, onde há abundância de alimentos e onde a beleza está associada à magreza (Estados Unidos, Canadá, Europa, entre outros) (HAWTON et al., 1997; HERSCOVICI,1997; NUNES et al., 2002).

2.2 Critérios diagnósticos

2.2.1 Anorexia Nervosa (AN)

Ninguém começa a restringir o que come com o propósito de tornar-se anoréxico. O mais freqüente é que inicie com o desejo de perder alguns quilos, mas há ocasiões nas quais o começo da doença não se deve a uma dieta auto-imposta nem ao desejo de baixar peso, mas sim por um fato significativo da vida - por exemplo: o indivíduo começa a comer menos devido a algum problema vivencial: a ruptura de um relacionamento afetivo, um fracasso profissional, um conflito familiar, etc.. A característica que tais fatos tão diferentes entre si têm em comum, é que adquirem para a pessoa o significado de atentar contra sua auto-estima ou contra a sensação de controle de si mesma e dos fatos de sua vida. Às vezes, sem sequer propor-se a isso, começam a comer menos e, em pouco tempo, a perda de peso suscita comentários tão favoráveis, que acaba se convertendo em um estímulo positivo para continuar. As dietas passam a ter um objetivo especial: dar à pessoa uma sensação de poder, controle e maestria sobre seu comportamento alimentar, o que não experimenta em outras áreas da sua vida - o transtorno alimentar se estabelece, portanto (HERSCOVICI,1997).

Conforme o DSM-IV-TR, a Anorexia Nervosa é um transtorno mental e da conduta alimentar que se caracteriza por:

a) Recusa em manter o peso no mínimo normal adequado à idade e à altura, ou acima deste. Por exemplo, perda de peso levando à manutenção do peso corporal em nível menor que 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso

esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor do que 85% do esperado;

b) Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior;

c) Perturbação do modo de vivenciar o peso corporal, tamanho ou forma. Por exemplo, a pessoa reclama que se “sente gorda” ou acredita que uma área do corpo está “muito gorda” mesmo quando obviamente abaixo do peso;

d) Nas mulheres, ocorre amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário.

Também como critério diagnóstico do DSM-IV-TR, distinguem-se dois tipos de Anorexia: a de tipo restritivo e a de tipo bulímico:

a) Anorexia de tipo restritivo: não são produzidos episódios recorrentes de excessos alimentares nem condutas de purga (uso de laxantes, diuréticos, vômitos auto-induzidos). A perda de peso é dada por redução da alimentação até o jejum completo;

b) Anorexia de tipo bulímico ou purgativo: são produzidos episódios recorrentes de exageros alimentares (*binge-eating*) e/ou condutas de purga.

Pessoas com AN apresentam um medo intenso de engordar, o que persiste como uma idéia intrusiva e super-valorizada, associada à preferência pela magreza extrema. Muitos autores definem esse transtorno como uma “fobia de peso, medo mórbido de gordura” (BECK et al., 1997).

Anoréxicos apresentam uma alteração na percepção da imagem corporal, que faz com que se percebam como mais gordos do que realmente são. Alguns sentem-se totalmente gordos, outros percebem que são magros, mas preocupam-se com partes do corpo (principalmente abdômen, nádegas e coxas). Esse transtorno não melhora com a perda de peso, pois permanecem insatisfeitos com sua aparência apesar do emagrecimento, fixando suas metas em níveis cada vez mais baixos e

podendo utilizar métodos de controle de peso cada vez mais extremos (HERSCOVICI,1997).

Inicialmente, a perda de peso é conseguida através da redução da ingestão alimentar. Começam excluindo alimentos que consideram calóricos até o jejum total. Esses pacientes também costumam recorrer a outros métodos para acelerar a perda de peso ou anular o efeito calórico dos excessos alimentares (anoréxicos de subtipo purgativo). Esses recursos são denominados mecanismos ou conduta de purga, e os mais comuns são os vômitos auto-provocados (com os dedos ou qualquer objeto pontiagudo), abuso de laxantes e diuréticos e atividade física excessiva (HERSCOVICI,1997; RANGÉ, 2001).

É interessante notar que raramente há a perda do apetite. Apesar do termo “anorexia” significar “falta de apetite”, os pacientes com essa doença costumam sentir fome, embora haja recusa ativa e persistente em se alimentarem. Em casa, usam desculpas para não se sentarem à mesa e, quando o fazem, queixam-se da preparação ou da qualidade dos alimentos - progressivamente, isolam-se e limitam suas vidas até seu mundo se reduzir aos temas de comida, peso e forma do corpo. Quando obrigados a comer, podem esconder ou jogar fora os alimentos. Por outro lado, alguns são muito interessados por comida, no sentido de gostarem de cozinhar para os outros e observá-los comer. Muitos pacientes apresentam rituais alimentares: pesam todos os alimentos antes de ingerir, medem líquidos, repetem mentalmente o que foi ingerido, cortam o alimento em pedaços muito pequenos, evitam ingerir comida que tenha sido guardada junto a alimentos calóricos (HERSCOVICI,1997).

Normalmente, a anorexia nervosa tem início entre os 13 e os 18 anos de idade, mas já há casos com início na infância e após os 40 anos (BORGES,2006).

Segundo Erbert (2005), a anorexia precoce parece ser o transtorno alimentar mais comum na infância. Pode ter início a partir dos 7 anos de idade e, preferencialmente, em meninas, embora a prevalência entre meninos pareça ser maior do que entre adultos jovens do sexo masculino.

A taxa de incidência em adolescentes do sexo feminino e em jovens adultas é de 0,5% a 2%. Acredita-se que este número seja bem maior, pois é comum a negação da patologia ou a não percepção da doença, ou seja, muitos pacientes não admitem que têm a doença ou não sabem que estão doentes (ERBERT,2005).

Nos Estados Unidos, calcula-se que 1 em cada 100 meninas seja anoréxica. No Brasil, a proporção é de 1 para 250. Na Argentina, onde a doença atinge níveis epidêmicos, são 10 em cada 100. A taxa de mortalidade por esse distúrbio é superior a 10% e as causas mais freqüentes são a desnutrição extrema, o suicídio ou as conseqüências do desequilíbrio do meio interno corporal (HERSCOVICI,1997).

De acordo com Hawton et al. (1997), o curso e prognóstico são altamente variáveis. Pode haver recuperação completa após um único episódio, padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída ou curso crônico levando à morte (decorrente de desnutrição, distúrbio hidroeletrólítico, parada cardíaca ou suicídio). Segundo Erbert (2005), entre 6% e 20% dos portadores diagnosticados e não tratados morrem prematuramente devido às conseqüências da doença ou suicídio. O pior prognóstico associa-se à longa duração do distúrbio, vômitos muito freqüentes, abuso de laxantes e diuréticos, grave distorção da imagem corporal e alterações significativas do sistema familiar (HAWTON et al., 1997).

A amenorréia sempre está presente na anorexia e, às vezes, aparece antes de haver uma perda de peso significativa. Além disso, inúmeros comprometimentos físicos e orgânicos são conseqüentes à desnutrição e às alterações neuroendócrinas:

perda de interesse sexual; pele seca, amarelada; unhas e cabelos quebradiços; sede excessiva; tonteira; pouca tolerância ao frio; cefaléia; letargia; anemia e distúrbios de coagulação; alterações metabólicas, gastrintestinais e cardiovasculares. A maioria desses sintomas desaparecem ou diminuem à medida que os hábitos alimentares se normalizam (HAWTON et al., 1997; HERSCOVICI,1997).

Segundo Herscovici (1997) estes são alguns dos sinais visíveis ou precursores da anorexia nervosa, que proporcionam um panorama da situação vivenciada:

√ na conduta:

- quantidade de ingestão de alimentos notavelmente reduzida - jejuns ou dietas muito restritas;
- surgimento de novos hábitos alimentares, tais como esmiuçar os alimentos, cortá-los em pedaços bem pequenos, demorar exageradamente para comer, preparar e servir comida para outros e negar-se a prová-la, entre outros;
- desculpas para evitar sentar-se à mesa;
- evitar situações sociais em que há comida;
- vestir-se com camadas superpostas de roupas, para ocultar a magreza;
- comer às escondidas ou quantidades exageradas de comida, seguindo-se jejuns;
- esconder alimentos;
- auto-induzir vômitos após comer;
- abusar de laxantes e diuréticos, geralmente de forma encoberta;
- praticar atividade física de forma exagerada;
- transtornos do sono - dificuldade para adormecer ou despertar mais cedo do que o planejado;

- olhar-se exageradamente no espelho e experimentar roupa de forma incansável, buscando números cada vez menores;
- pesar-se com frequência;
- falar ou pensar muito sobre comida, calorias, peso e forma corporal.

√ no corpo:

- notável perda de peso (quando se dá em curto espaço de tempo, o risco é maior);
- nas mulheres, ausência de menstruação ou amenorréia;
- nos homens, perda de desejo sexual ou impotência;
- intolerância ao frio;
- enjôos e/ou desmaios;
- constipação;
- lanugem (camada de pêlos finos e ralos que cobre o corpo);
- pele seca.

√ na atitude:

- irritabilidade;
- alterações rápidas de humor;
- retração social (isolamento);
- tristeza;
- pensamento constante acerca de comida e peso corporal;
- dificuldade de concentração;
- dificuldade de atenção;
- perfeccionismo;
- dúvidas inapropriadas sobre sua capacidade pessoal;
- avareza;

- autovalorização baseada no comportamento alimentar do dia - se comer um doce, por exemplo, acha que não é digno de valor;
- distorção da imagem corporal - percebe-se gordo, apesar de magro.

2.2.2 Bulimia Nervosa (BN)

A palavra “bulimia” advém de uma palavra grega que significa “fome de boi”. É um transtorno mental e da conduta alimentar que teve publicidade quando Diana, princesa de Gales, confessou sofrer de ataques bulímicos. Diana representou o verdadeiro retrato de um universo que é, em sua maioria, feminino (HERSCOVICI,1997).

Conforme o DSM-IV-TR, a bulimia nervosa se caracteriza por:

a) Episódios recorrentes de excessos alimentares (“*binge-eating*”), caracterizados por:

1- comer, num período limitado de tempo (por exemplo, num período de 2 horas), uma quantidade de alimento que é claramente maior do que a maioria das pessoas comeria durante um período de tempo semelhante, em circunstâncias semelhantes;

2- sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante tais episódios (por exemplo, o indivíduo tem o sentimento de que não consegue parar de comer ou controlar o tipo ou a quantidade de alimento);

b) Comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o ganho de peso - vômitos auto-induzidos; uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas (lavagens do intestino grosso) ou outros medicamentos; dieta restritiva; jejum ou exercícios excessivos;

- c) Os episódios de “*binge-eating*” e comportamentos compensatórios inadequados devem ambos ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana durante três meses;
- d) A auto-avaliação é inadequadamente influenciada pelo peso e formato corporal;
- e) O distúrbio pode ocorrer isoladamente ou durante episódios de anorexia.

Podemos distinguir, além disso, dois tipos de bulimia nervosa:

- a) Bulimia do tipo purga: quando a pessoa recorre regularmente ao vômito auto-induzido ou ao uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos;
- b) Bulimia do tipo não purga: a pessoa recorre a outras condutas compensatórias, tais como a dieta restritiva, o jejum ou o exercício físico vigoroso, mas não incorre regularmente em vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes, diuréticos nem enemas.

Os bulímicos apresentam “ataques” de comer compulsivo associado ao desejo incontrolável e excessivo de ingerir alimentos. Tais episódios podem ocorrer várias vezes ao dia com a ingestão de até mais de 6000 Kcal em menos de duas horas. Há relatos de pacientes indicando a ingestão de até 25.000 Kcal em poucas horas. Durante esses episódios, privilegiam os alimentos calóricos, mas no período entre um ataque e outro, restringem-se a alimentos de baixa caloria. Entretanto, o ataque parece se caracterizar mais pela anormalidade da quantidade de comida consumida do que pelo desejo de um nutriente específico – alguns pacientes devoram o alimento até sentirem dor abdominal e/ou sono. Os bulímicos, muitas vezes, depois que o estoque de alimentos acaba, saem para comprar mais ou recorrem a farinhas ou alimentos congelados (HAWTON et al., 1997; BORGES,2006).

O sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar está sempre presente durante os ataques. Os indivíduos com bulimia relatam que usualmente

(não sempre) comem descontroladamente, praticamente sem mastigar e sem saborear a comida. Mas, no entanto, percebe-se que tal descontrole não é absoluto: o indivíduo pode interromper um ataque ao perceber que alguém se aproxima (HAWTON et al., 1997).

É importante avaliar o contexto em que ocorrem os excessos alimentares: o que é visto como consumo excessivo numa refeição doméstica, pode ser considerado normal durante uma festa. Os bulímicos acreditam que um ataque não seja caracterizado apenas pelo consumo excessivo de alimento, mas também pela ingestão de um alimento “proibido”, calórico, mesmo que em pequena quantidade (HAWTON et al., 1997).

Um ataque pode ser desencadeado pela sensação de fome intensa (conseqüência das dietas rigorosas e/ou jejuns) ou ansiedade, pois proporciona alívio da fome, distração de pensamentos desagradáveis, redução de sentimentos de tédio, solidão e tristeza, sendo uma forma de se proporcionar prazer, mesmo que de curta duração (HAWTON et al., 1997).

A vida dos bulímicos como a dos anoréxicos gira em torno de pensamentos e comportamentos referentes à beleza e à comida, e têm uma acentuada tendência a julgarem seu valor a partir destas variáveis. Preocupam-se excessivamente com a forma corporal e a perda de peso nunca lhes é satisfatória - é o temor doentio à gordura que distingue o bulímico de qualquer pessoa que ocasionalmente possa comer de maneira exagerada. O pavor de engordar faz com que essas pessoas estipulem para si mesmas um “peso ideal” sempre abaixo do que seria saudável, engajando-se, assim, em rituais compensatórios que têm por objetivo anular as conseqüências de que o que foi ingerido poderia ter sobre o peso e a forma do corpo, como vômitos, abuso de laxantes, diuréticos, moderadores de apetite, etc.. O vômito

é o comportamento mais utilizado devido ao fácil controle e efeito imediato - é induzido estimulando a garganta com o dedo ou qualquer outro objeto; outros o fazem apenas contraindo os músculos abdominais, sem estimulação mecânica (tamanha é a prática!); outros nem engolem o alimento - mastigam e depois cospem. O vômito é reforçado pela redução do desconforto físico decorrente da distensão abdominal (o que possibilita que continuem comendo durante o ataque) e pela redução do medo de engordar, tornando-se, assim, um redutor de ansiedade. Pode-se observar desgaste do esmalte dentário, hipertrofia das glândulas salivares, cicatrizes no dorso da mão (devido ao contato com os dentes quando introduzem repetidamente os dedos na garganta para induzir o vômito), alterações gastrintestinais, cardiovasculares, hidroeletrólíticas e metabólicas, como sintomas adicionais secundários ao transtorno alimentar (HAWTON et al., 1997; HERSCOVICI, 1997).

Os hábitos dessas pessoas mudam durante o curso da doença. É comum que passem de muito a medianamente ordenadas e meticulosas a viverem em um caos, quanto ao manejo do tempo e do espaço. É típico que os pais comentem que seu quarto é intransitável, pela roupa que fica espalhada pelo chão. Cada dia e cada saída são um tormento, pois trocam de roupa freneticamente, buscando a que mais dissimule o aspecto do corpo que querem esconder (HERSCOVICI, 1997).

Os bulímicos também apresentam rituais de checagem: medem-se compulsivamente com fita métrica ou experimentam suas roupas várias vezes ao dia para verificar se houve aumento de peso. Além disso, podem jejuar por mais de um dia ou se exercitar excessivamente para compensar um ataque (HAWTON et al., 1997).

Há um subgrupo que apresenta um pior prognóstico: os que têm dificuldades com o controle do impulso - cleptomania, roubo, tricotilomania, dependência química, automutilação, etc.. (HAWTON et al., 1997).

Diferentemente da pessoa anoréxica, cuja magreza extrema põe em evidência a existência de um problema, o bulímico tem peso normal ou inclusive excesso de peso, e a doença pode ter seu curso de forma secreta, durante anos (HERSCOVICI, 1997).

As flutuações acentuadas de peso são freqüentes. Às vezes, a bulimia tem como antecedente uma anorexia de forma completa, um episódio de tipo anoréxico ou, simplesmente, tentativas infrutíferas de restringir o que se come. Se a bulimia é precedida por anorexia, deve ser considerada uma forma de cronificação do transtorno alimentar. O curso da doença pode ser crônico ou intermitente, alternando períodos de remissão com recaídas (HERSCOVICI, 1997).

A pessoa com anorexia não tem consciência de sua doença, ou seja, acredita que está saudável e, portanto, não pede ajuda para modificar o que considera um mérito. Diferentemente, o bulímico tem uma dolorosa percepção de seu distúrbio e pede ajuda, às vezes de forma desesperada (HERSCOVICI, 1997).

Usualmente, a bulimia se inicia na adolescência, pouco mais tarde do que a anorexia, sendo o fim da adolescência ou o início da vida adulta o período mais comum. Os sintomas surgem nos últimos anos da adolescência ou até os 40 anos, estando a idade média de início por volta dos 20 anos de idade (HAWTON et al., 1997; BORGES, 2006).

O transtorno é predominantemente característico das mulheres jovens e adolescentes, com prevalência de 1,1% a 4,2%. A bulimia é rara em homens – sua ocorrência é de aproximadamente 1,1% da observada nas mulheres (ERBERT, 2005).

Segundo Herscovici (1997), estes são alguns sinais visíveis ou precursores da bulimia nervosa:

√ na conduta:

- deixa rastros dos excessos alimentares pela casa - por exemplo, desaparece comida e a cozinha fica “inexplicavelmente” desordenada pela manhã com pacotes vazios de guloseimas no lixo, de cujo consumo ninguém se responsabiliza;
- desaparece medicação da casa (laxantes e diuréticos) ou aparecem frascos com comprimidos estranhos nas gavetas;
- subtrai dinheiro para poder comprar medicação e comida às escondidas;
- mostra preocupação e fala constantemente sobre o peso e o corpo;
- torna-se visivelmente angustiada, após comer em excesso;
- vai ao banheiro regularmente para vomitar, após comer;
- consome comida de dieta diante dos demais e, entretanto, sobe de peso;
- com frequência, tem urgência de ir ao banheiro - isto deve-se ao abuso de laxantes ou diuréticos. Às vezes, mostra gesto de dor devido a cólicas intestinais ocasionadas pelos laxantes;
- adota rotinas de atividade física exagerada.

√ no corpo:

- aumento do tamanho das glândulas parótidas (situadas atrás do maxilar), que produzem inchaço no rosto;
- cansaço;
- dor de garganta ou de estômago (pela lesão da mucosa devido ao suco gástrico);
- sangramento e/ou irritação gástrica e esofágica;
- anormalidades do intestino grosso devido ao uso de laxantes;
- após os excessos alimentares podem ocorrer náuseas, sono, mal-estar ou dor abdominal;

- diarreia por abuso de laxantes ou por ter misturado alimentos que produzem intolerância;
- constipação em períodos de restrição alimentar ou como consequência do abuso prolongado de laxantes;
- deterioração dos dentes;
- irregularidades menstruais nas mulheres;
- freqüentes e notáveis variações de peso;
- erosão e/ou calosidades no dorso da mão que utiliza para provocar vômitos (estas lesões são observadas na zona em que a mão roça os dentes).

√ na atitude:

- mudanças de humor freqüentes, que incluem tristeza e remorsos;
- sua autovalorização é baseada no peso;
- decide suas saídas conforme seu desempenho alimentar durante o dia;
- necessita de aprovação externa;
- mostra angústia, após comer em excesso.

2.3 Fatores etiológicos dos transtornos alimentares

Evidências mostram que os transtornos alimentares são multideterminados e se desenvolvem a partir da interação de vários fatores predisponentes, tais como os biológicos, socioculturais, familiares e individuais, descritos a seguir.

2.3.1 Fatores Biológicos

Segundo estatísticas, a anorexia e a bulimia nervosas são comuns entre parentes biológicos de primeiro grau. Em gêmeos, a incidência é maior entre os monozigóticos do que entre os dizigóticos. Há também diminuição dos níveis de serotonina e noradrenalina no organismo dessas pessoas, entre outras anormalidades. Um outro elo entre a biologia e os distúrbios alimentares relaciona-se com o período pré-menstrual nas mulheres - muitas destas sentem desejos por alimentos, especialmente por carboidratos (massas, pães, bolos...), quando estão no período pré-menstrual. Percebe-se, então, que fatores genéticos e biológicos atuam com certa vulnerabilidade para o desenvolvimento dos distúrbios alimentares (HAWTON et al., 1997; HERSCOVICI, 1997; BUSSE et al., 2004).

2.3.2 Fatores Socioculturais

Ao longo da história, o corpo da mulher foi variando por influência, em grande parte, da economia – quando os alimentos ficavam escassos, preferiam-se as formas arredondadas, como símbolo de riqueza e fartura; os alimentos eram dispostos para as classes mais altas, e a obesidade era sinônimo de poder econômico e nível social elevado. Por outro lado, nas épocas em que os alimentos eram abundantes, a magreza era sinal de autodisciplina (HERSCOVICI, 1997; COSTA, 2002)

Foi no século XX que se estruturou o fenômeno dos transtornos alimentares. Nesse período, grande parte da população tinha acesso a alimentos calóricos. Dessa forma, a obesidade já não era mais sinal de luxo e riqueza, sendo que o novo ideal de beleza associado à magreza estava diretamente ligado ao aumento do número de pacientes com transtornos alimentares (COSTA, 2002).

Somos uma cultura obcecada com a magreza. O contexto cultural influencia os modelos e ideais individuais, criando pressões para que as pessoas tentem se adequar a determinados padrões. A obsessão por ter uma silhueta cada vez mais magra converteu-se em uma espécie de tirania. A mídia veicula para a mulher que a mensagem de beleza, felicidade e autovalor está intimamente associada a um corpo magro. As mulheres procuram, de todas as formas, adequar-se a tal padrão de beleza para serem aceitas e respeitadas (HERSCOVICI, 1997).

A preocupação com a aparência passou a ser tão intensa, que a partir de 1990 a magreza se multiplicou através de modelos que tornaram o terreno fértil para a mídia difundir esse estereótipo de beleza. A globalização desse modelo de beleza ultrapassou fronteiras regionais e culturais e os estereótipos se difundiram de modo que se instituiu um padrão global, muitas vezes inatingível para as regiões em que se desejou copiá-los (COSTA, 2002).

A indústria da moda, do entretenimento e as revistas nos bombardeiam com modelos femininos tão magras, como praticamente quase nenhuma mulher verdadeira na população. A atual discrepância entre formas “ideais” e reais faz com que a angústia associada à aparência aumente, tornando as mulheres cada vez mais inseguras com o próprio corpo. Um estudo demonstrou que 53% das estudantes americanas não estavam satisfeitas com seu corpo já aos 13 anos de idade; de 18 em diante este número aumentava para 78%. A preocupação social obsessiva com aparência, associada à idéia de que para ser considerada fisicamente atraente e socialmente aceitável como mulher, ela deve ser magra, é um dos fatores que se correlaciona com o aumento da incidência de transtornos alimentares (HAWTON et al., 1997; HERCOVICI, 1997).

Associado à ditadura da beleza vem o sonho da eterna juventude. Os *peelings*, *liftings*, e outros, facilitando o que alguns chamam de “o dever de ser jovem”, bem como a aplicação de silicone nos seios e nas nádegas esculpindo um corpo artificial e sexualizado, com finalidade eminentemente consumista. Entramos num novo século, no qual a beleza sintética e pré-fabricada difundida pela mídia, segundo os cânones econômicos, define o que é harmonia, estética e beleza . Enfim, “compra-se” uma aparência da mesma forma que roupas, ficando o corpo definido como mais uma categoria de consumo (BUSSE et al., 2004).

2.3.2.1 Os homens e os transtornos alimentares

A literatura é controversa quanto aos estudos sobre transtornos alimentares em homens, além da escassez de publicações sobre TA no sexo masculino na América Latina (MELIN e ARAÚJO, 2002).

Estudos relatam uma taxa de 10% de homens com TA (HERSCOVICI, 1997; BUCKROYD, 2000; BUSSE, 2004), embora alguns autores acreditem que esse percentual seja bem maior, pois as dificuldades para diagnosticar TA no sexo masculino são evidentes (MELIN e ARAÚJO, 2002). As autoras pontuam o baixo número de casos diagnosticados em homens e a crença errônea de que esses transtornos são doenças femininas, como alguns dos motivos que dificultam o diagnóstico de TA no gênero. Herscovici (1997) acredita que há menos homens com TA do que mulheres pelo fato de haver menos representantes de beleza masculinos comparáveis aos numerosos modelos de beleza feminino e pelo fato de existir uma menor cobrança por parte das mulheres para que seus parceiros sejam magros.

A literatura é divergente quanto aos critérios diagnósticos dos TA em homens: pesquisadores referem que a data de início da doença é mais tardia nos homens do que nas mulheres (HERSCOVICI, 1997), embora outros autores não vejam diferenças entre os gêneros e, ainda, que homens com TA possuem mais semelhanças com mulheres que sofrem da mesma doença do que com homens sem TA (WOODSIDE et al., 2001).

Divergências à parte, é conhecida a evolução dos TA em homens, pois é evidente que vigoram novos padrões estéticos para o gênero e as preocupações com o aspecto físico têm crescido de forma notável (HERSCOVICI, 1997).

2.3.3 Fatores Familiares

Geralmente, a família de pessoas com transtorno alimentar, dá extrema importância às aparências e à reputação familiar - onde pautam seus valores de sucesso pessoal. Tais valores se refletem na pressão constante para vestir-se na moda, obter boas notas e ter aparência saudável e atraente - diga-se: aparência MAGRA! Pelo menos um dos pais tem alto nível de exigência de um modo geral e é extremamente crítico com relação à aparência do filho, contribuindo para gerar insegurança em relação a esta. As comparações entre os filhos são freqüentes, havendo sempre a desvalorização daquele que desenvolve a doença (HAWTON et al., 1997; SOUZA, 2006).

A família é rígida, resistente a mudanças e tem dificuldades para se ajustar às demandas maturacionais de seus membros. Apresentam dificuldades de comunicação e de expressar claramente os sentimentos, o que dificulta a solução de conflitos - a pessoa sente-se incapaz de resolver seus próprios problemas, fortalecendo sua

dependência. Normalmente, os pais são super-protetores, o que contribui para que o filho não funcione autonomamente, desencorajando sua auto-expressão e iniciativa - essa pessoa desenvolve um senso de identidade pessoal frágil, deixando de fazer coisas que lhe dão prazer para agradar aos pais. A questão do controle é central, havendo falta de privacidade entre as pessoas - é uma família “emaranhada”, onde todos se intrometem na vida e sentimentos uns dos outros como forma de controle extremo do comportamento do outro. Há uma total falta de particularidades entre os membros da família - não raro, os pais mexem nos objetos pessoais dos filhos, lêem seus diários, escutam conversas escondido, etc.. (HAWTON et al., 1997).

Uma criança que é educada à base da imposição de regras, sem entender os porquês, ou aquela que acredita que não pode recusar regras, tenderá a ser um adulto inseguro, com dificuldades para discernir, julgar e fazer suas próprias escolhas. O comportamento compulsivo seria um reflexo da falta de autonomia, sugerindo uma falta de domínio e/ou descontrole sobre sua própria vida (GRANDO, 2005).

Souza (2006) destaca que indivíduos com transtornos alimentares provêm de lares disfuncionais, com mães controladoras e pais ausentes, além de freqüentes histórias de traumas permeando os enredos familiares. A doença, portanto, mantém-nos como crianças pequenas que rejeitam os marcos de transição como, por exemplo, a menstruação – que evidencia a maturidade sexual, o curso contínuo do desenvolvimento, a feminilidade no corpo em transição para a vida adulta e sua autonomia e independência pessoal.

Um dado relevante, segundo Souza (2006), é o da não percepção pelos pais do paciente de que as relações intrafamiliares são disfuncionais. Os pais de indiví-

duos com transtorno alimentar vêem sua estrutura familiar como mais normal, coesa e flexível do que seus filhos a percebem.

Uma crença popular é a de que as pessoas desenvolvem TA devido a problemas não solucionados na infância. Estudos acerca deste dado foram realizados com famílias de Nova York durante os anos da Depressão. Observou-se que muitas mães pareciam oferecer comida aos filhos como forma de mostrar afeição. A comida tornou-se um meio de aliviar a angústia e a culpa que essas mães sentiam a respeito do empobrecimento material que era imposto aos filhos. Estes, então, pareciam aumentar suas exigências de alimentos quando as necessidades de satisfação e segurança em outras áreas ficavam sem atendimento. Mais tarde, esses filhos desenvolviam certa “confusão conceitual”, isto é, pareciam ter dificuldade em perceber e formar reações apropriadas a suas necessidades emocionais - o desejo de **estar com** outra pessoa, por exemplo, era confundido com o desejo de **comer com** tal pessoa. E a essa “confusão conceitual”, atribuiu-se como causa das experiências distorcidas e mal resolvidas da primeira infância: os alimentos são interpretados como um símbolo de afeição maternal, um meio de redução de conflito interno ou uma expressão passiva de ira para com membros da família vistos como hostis e controladores (HAWTON et al., 1997).

2.3.4 Fatores Individuais

Anoréxicos e bulímicos tendem a ser muito autocríticos, perfeccionistas e sensíveis à crítica, o que os torna vulneráveis às pressões sociais - qualquer situação pública ou de avaliação é muito difícil, pois sentem-se sendo avaliados pelos outros em função de seu corpo, de sua aparência. Têm baixa auto-estima e

ansiedade aumentada, o que prejudica suas relações pessoais e afetivas - preocupam-se excessivamente com o que os outros pensam a seu respeito, pois crêem na sua ineficácia pessoal ("*estou gordo, então não valho nada*"); apresentam grande dificuldade em lidar com situações frustrantes - atribuem seus fracassos afetivos a seu peso ("*ele me deixou porque sou gorda*") e, conseqüentemente, retraem-se. O comportamento sexual pode ficar comprometido - pelo medo da exposição, tendem a se isolar, abstendo-se do sexo e fugindo de relacionamentos afetivos; por outro lado, podem desenvolver um comportamento promíscuo para testar sua crença sobre a aparência ("*sou desejável?*"), mas totalmente desvinculado do afeto e do prazer sexual (HERSCOVICI, 1997).

Tendendo a se avaliar estritamente em termos de fatores externos de referência, e sendo seu comportamento, em grande parte, dirigido pelos demais, essas pessoas percebem-se com pouca capacidade de controle sobre sua vida - restringem, então, sua alimentação porque isso lhes dá sensação de controle e maestria. O comportamento alimentar dessa pessoa é abalado pela incapacidade de percepção da fome real - come não porque sente fome, mas porque percebe uma "sensação de vazio" que pode ser desencadeada por uma série de sentimentos outros, tais como ansiedade, tristeza, depressão, mas é identificada erroneamente como fome. O alimento passa a simbolizar o suprimento desse "vazio emocional e afetivo", um meio pelo qual um conflito interno é reduzido (HERSCOVICI, 1997).

2.4 Aspectos comuns nos pacientes com transtorno alimentar

Segundo Hercovici (1997), uma série de características pessoais são comuns nas pessoas que desenvolvem um ou outro transtorno alimentar. Cada uma delas será delineada a seguir:

- Alexitimia: essas pessoas sentem dificuldade de distinguir e expressar emoções e sensações. Nesse caso, perdem a capacidade de percepção da sensação de fome ou saciedade. A “sensação de vazio” é erroneamente identificada como fome, pois na verdade, pode estar associada a sentimentos negativos de solidão, depressão, tristeza. O alimento passa a ser um meio de redução de conflitos internos ;
- Baixa auto-estima: normalmente, são pessoas que têm dúvidas sobre seu valor pessoal e necessitam constantemente de aprovação externa. Esta necessidade reforça sua inclinação a submeterem-se aos ditados da moda. Além disso, são intrinsecamente inseguras acerca de si mesmas, costumando evitar contatos íntimos e afetivos que impliquem em mostrar seu corpo;
- Conflitos com a sexualidade: há uma íntima correlação entre auto-estima e satisfação com o próprio aspecto físico, e isso interfere na sexualidade da pessoa. É comum observar que, quando os bulímicos controlam sua conduta alimentar, descontrolam-se sexualmente. Do mesmo modo, é comum que pessoas com transtorno do comer compulsivo percam o interesse pela atividade sexual, quando aumentam de peso. As pacientes anoréxicas têm um melhor desenvolvimento psicosssexual do que aquelas que têm a doença crônica;
- Impulsividade: é característica de alguns desses pacientes e refere-se a agir de forma irrefletida, sem levar em conta as conseqüências desse agir. Algumas

peessoas sentem-se como se fossem dirigidas por um piloto automático: sabem que não deveriam agir impulsivamente, mas perdem a capacidade de autocontrole;

- Obsessividade: refere-se a pensar com insistência e grande preocupação em um mesmo tema, situação e dificuldade (beleza, magreza, comida, forma corporal...), sem a capacidade de tomar uma decisão eficaz a esse respeito. São idéias intrusivas, indesejadas, persistentes, repetitivas e incômodas. Esse sintoma melhora à medida que o quadro alimentar evolui favoravelmente e a pessoa volta a levar uma vida normal;

- Compulsividade: tendência a realizar atos impulsivos, particularmente temidos ou não desejados. Também está associado com a falta de autocontrole. As pessoas com transtorno alimentar têm um aumento dos sintomas obsessivo-compulsivos e, em alguns anoréxicos, observam-se traços deste transtorno de personalidade;

- Transtornos do pensamento: relaciona-se ao modo pelo qual as pessoas vinculam crenças equivocadas a situações específicas e comportam-se de acordo com essas interpretações errôneas. Segundo Beck et al. (1993 e 1997), os pacientes com transtorno alimentar costumam mostrar vários dos seguintes erros de interpretação ou distorções cognitivas:

√ pensamento dicotômico - tendência a pensar de modo extremo e absoluto (“*ou tudo ou nada*”). Exemplos desse raciocínio: “*se eu comer um doce, nunca mais vou conseguir parar*”, “*se eu engordar, é porque não valho nada*”. Este estilo de pensamento não está limitado aos temas de alimentação e peso, mas mostra o modo como a pessoa vê a si mesma e aos demais - é muito rígida e inflexível. Uma parte importante no tratamento desses pacientes é reconhecer esse tipo de pensamento, examinar suas conseqüências e questionar sua validade;

√ pensamento catastrófico - a pessoa tende ao exagero tanto à possibilidade de que algo ocorra (“*se eu comer esta torta, ficarei como um elefante*”) quanto à adversidade das conseqüências (“*engordar é a pior coisa que pode me acontecer na vida*”);

√ abstração seletiva - é a tendência da pessoa a centrar-se somente nos riscos e inconvenientes de uma situação, ignorando, ao mesmo tempo, seus aspectos positivos. Por exemplo, um bulímico argumenta que não irá a uma festa porque não resistirá às tentações alimentares, mas esquece e nem cogita o fato de o quanto pode alegrar-se ao reencontrar amigos queridos;

√ magnificação - é semelhante ao pensamento catastrófico. É o exagero das possíveis conseqüências negativas de acontecimentos externos, aos quais é atribuída uma importância desmedida (“*se eu aumentar meio quilo de peso, não terei o que vestir e não poderei mais sair de casa*”);

√ absolutismo - refere-se a regras que organizam a conduta, sob o lema do “dever”. Por exemplo: “*tenho que fazer regime sempre*”, “*tenho que fazer ginástica todos os dias*”, “*tenham que fazer o que esperam de mim*”;

√ idéias de auto-referência - é a atribuição de um significado pessoal a certos fatos erroneamente: “*quando como, todos me olham*”, “*quando chegar à escola todos perceberão que aumentei um quilo*”.

Estes pensamentos facilitam a tomada de decisão equivocada e, portanto, constituem um poderoso fator causador de problemas não só porque se impõem como princípios que não podem ser desobedecidos, mas também porque dificultam a relação das pessoas com as quais convivem (BECK et al., 1993 e 1997).

Behar, Manzo e Casanova (2007), em seus estudos, correlacionam, ainda, a falta de assertividade em pessoas com transtornos alimentares.

2.5 Tratamento

A anorexia e bulimia nervosas são doenças mentais e da conduta alimentar, e seu tratamento deve abranger ambos os aspectos. Por serem doenças multideterminadas por processos individuais, familiares, biológicos e socioculturais, o tratamento também deve ser multidimensional através de uma equipe profissional interdisciplinar formada por médicos, psicólogos, psiquiatras e nutricionistas (HERSCOVICI, 1997; BUSSE, 2004; ERBERT, 2005).

Segundo Hercovici (1997), não há regras preestabelecidas nem programas fixos que sejam apropriados para todos os casos. É tanta a variedade de pacientes, de pais e de dinâmicas familiares, que as generalizações correm o risco de simplificar indevidamente uma problemática complexa. Portanto o tratamento deve:

- ser personalizado;
- ser selecionado levando-se em conta critérios de eficácia estabelecidos cientificamente e a possibilidade de implantá-los nas circunstâncias particulares de cada caso;
- ser permanentemente avaliado em seus resultados;
- ser o menos intrusivo possível e tão intensivo quanto necessário;
- estar sempre enquadrado em um critério que relacione o sacrifício com o benefício;
- ter sempre objetivos claramente enunciados;
- dispor da colaboração do paciente e de sua família para obtenção de êxito.

2.5.1 Objetivos do Tratamento da Anorexia Nervosa:

Os objetivos do tratamento da AN, segundo Herscovici (1997) e Busse (2004) são:

- restabelecer um peso saudável, que permita recuperar a menstruação; restabelecer hábitos de alimentação saudáveis; tratar as complicações físicas decorrentes da doença; tratar os pensamentos, sentimentos e crenças inapropriadas; melhorar a regulação dos afetos e da conduta; melhorar o funcionamento social; obter apoio familiar ao tratamento; prevenir as recaídas.

2.5.2 Objetivos do Tratamento da Bulimia Nervosa:

De acordo com Herscovici (1997) e Busse (2004), os objetivos do tratamento da BN são:

- estabelecer hábitos de alimentação estáveis e adequados; modificar os pensamentos, crenças e atitudes que perpetuam a conduta bulímica; tratar as complicações físicas da bulimia; tratar os sintomas psiquiátricos concomitantes; prevenir as recaídas.

3 JUSTIFICATIVA

A pesquisa é relevante porque visa detectar uma doença atual e crescente que, muitas vezes, as pessoas afetadas nem sabem que têm.

Antigamente, ser gordo era sinônimo de ser saudável. Com o tempo, houve uma mudança de valores, esse padrão foi se alterando e hoje as pessoas estão obcecadas com o culto ao corpo, onde beleza é sinônimo de magreza. A cultura atual impõe que para uma pessoa ser valorizada e aceita socialmente, ela deve ser magra. E esse padrão “ideal”, tão distante do real biotipo físico da maioria das pessoas, ainda é mais fortemente exigido para as mulheres, as quais buscam alcançá-lo a qualquer custo. E é nessa busca obsessiva que se instala o problema.

Pretendo confirmar ou não os dados estatísticos identificados em outros estudos com a realidade de São Luís, que relatam maior ocorrência em mulheres brancas de classes média e alta (HERSCOVICI, 1997; BUCKROYD, 2000; BUSSE, 2004).

4 OBJETIVOS

a) GERAL:

- Investigar a ocorrência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares em adolescentes de ambos os sexos, estudantes do ensino fundamental e médio de uma escola particular da cidade de São Luís/MA.

b) ESPECÍFICOS:

- Estimar a ocorrência de comportamentos sugestivos de anorexia e bulimia, segundo as escalas investigativas EAT-26 (Anexo A) e BITE (Anexo B), na amostra em questão;
- Caracterizar os adolescentes com anorexia e/ou bulimia.

5 METODOLOGIA

5.1 Natureza do estudo

Este trabalho investiga um problema atual, de caráter social, para a qual ainda são escassos os estudos científicos, principalmente na cidade de São Luís, onde não há conhecimento de publicações sobre transtornos alimentares.

A abordagem é quantitativa, visando medir estatisticamente a ocorrência de comportamentos sugestivos de anorexia e bulimia na amostra em questão.

Foi realizado um estudo transversal descritivo com aplicação de dois questionários de autopreenchimento sem a identificação pessoal do participante, com perguntas sobre hábitos alimentares, pertencentes às escalas validadas mais utilizadas nos estudos sobre transtornos alimentares: EAT-26 (Teste de Atitudes Alimentares resumido) (Anexo A) e BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh) (Anexo B).

5.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada em uma escola particular de ensino fundamental e médio da cidade de São Luís/MA.

5.3 Contextualização do campo de estudo

A pesquisa se desenvolveu numa instituição de ensino particular que atende desde a educação infantil até o ensino médio. Com quase 50 anos de existência, e

com mais de 5.000 m² de área construída, localiza-se no bairro Renascença, na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil.

Possui uma infra-estrutura montada para atender todas as necessidades pedagógicas dos seus alunos com salas amplas e climatizadas, equipadas com quadro branco e painéis informativos, biblioteca central, auditório para palestras e apresentações, quadras esportivas, laboratório de informática com acesso à internet, banheiros feminino e masculino, pátio para realização de atividades cívicas e de conveniência, área verde com árvores, sombra, bancos e mesas para atividades recreativas, sala de professores, sala da coordenação, setor de psicologia e de psicopedagogia.

Atende a uma maioria que provém de uma camada sócio-econômica de nível médio-alto. Há uma parcela dos alunos que é bolsista – desses, a maior parte é constituída por filhos de funcionários e atletas representantes do colégio.

Dos 500 alunos pesquisados, 5% possui renda mensal familiar de até R\$1.000,00; 53,2%, de R\$1.000,00 a R\$7.000,00 e 32,8%, acima de R\$7.000,00.

5.4 Amostra em estudo

A pesquisa envolveu adolescentes escolares, de ambos os sexos, do ensino fundamental e médio de uma escola particular de São Luís/MA, após análise e aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, vinculado à Universidade Federal do Maranhão – UFMA (Anexo C).

A amostra foi composta a partir da entrega de 900 cartas informativas juntamente com os Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos - TCLE (Apêndice A) para que os alunos entregassem aos pais.

Os alunos foram informados da relevância da pesquisa e da não obrigatoriedade da sua participação na mesma, ou seja, deveriam participar apenas os alunos que estivessem interessados em contribuir para este estudo científico.

Dos 900 TCLE entregues, apenas 500 foram assinados pelos pais/responsáveis autorizando seus/suas filhos(as) a participar da pesquisa.

Na escola escolhida encontram-se matriculados 948 alunos desde 5ª série do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considera-se uma frequência esperada do evento entre 0,5% e 3% e o diferencial aceitável fica entre 1% e 4%.

Com base num nível de confiança de 95%, o tamanho da amostra obtido foi de 500 alunos. Desses, 320 (64%) eram do sexo feminino e 180 (36%) do sexo masculino, com idades entre 10 e 18 anos.

5.5 Instrumentos e coleta de dados

Inicialmente, foi enviado pelos adolescentes uma carta aos pais ou responsável que informava sobre a pesquisa, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Escalrecido – TCLE (Apêndice A) a ser assinado por eles, autorizando o/a filho(a) a participar da pesquisa. No próprio TCLE, os pais informavam dados sobre a cor da pele dos filhos e renda familiar mensal. Foram entregues 900 cartas explicativas e TCLE, mas apenas 500 responsáveis autorizaram a participação dos filhos.

Foram utilizados questionários de autopreenchimento sem identificação pessoal. Tais questionários são baseados em perguntas pertencentes às escalas validadas mais utilizadas nos estudos sobre transtornos alimentares, em suas respectivas versões em língua portuguesa. São elas:

1. EAT-26 – Teste de Atitudes Alimentares resumido (Anexo A) que avalia os riscos de se desenvolver comportamentos e atitudes típicos de pacientes com anorexia (NUNES et al., 1994). É constituído por vinte e seis (26) questões dirigidas à sintomatologia anoréxica, podendo variar de zero (0) a setenta e oito (78) pontos. Há seis (6) opções de resposta onde “SEMPRE” vale três (3) pontos; “MUITO FREQUENTEMENTE” , dois (2) pontos; “FREQUENTEMENTE”, um (1) ponto e as demais (“ÀS VEZES”, “RARAMENTE” e “NUNCA”) não recebem pontuação. Escore maior ou igual a vinte (20) sugere comportamento alimentar anoréxico, e menor do que vinte (20), normalidade.

2. BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edinburgh (Anexo B) que permite identificar comedores compulsivos e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia (CORDÁS et al., 1993). É constituído por trinta e três (33) questões, com trinta (30) questões dirigidas à sintomatologia bulímica, variando de zero (0) até trinta (30) pontos. A resposta “SIM” representa a presença do sintoma, valendo um (1) ponto, enquanto a resposta “NÃO” significa a ausência, valendo zero (0). Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31, pontua-se inversamente. Escore abaixo de dez (10) pontos considera-se comportamento alimentar normal e escore igual ou acima de dez (10) considera-se comportamento alimentar sugestivo de bulimia. O BITE também identifica um comportamento alimentar “não usual”, ou seja, uma conduta alimentar de risco para o desenvolvimento da bulimia, caracterizando um comportamento limítrofe entre a normalidade e a doença.

Juntamente aos questionários BITE e EAT-26, foram aplicadas perguntas sobre renda mensal familiar, cor da pele (classificação do IBGE), sexo e idade, além de perguntas sobre o hábito de fumar, sobre o consumo de álcool e/ou outras drogas, sobre a satisfação com o próprio corpo, bem como sobre a vontade de

alterar/mudar algo no próprio corpo caso pudessem. Tais perguntas têm o fim de possibilitar uma melhor caracterização da amostra para poder relacionar dados adicionais com a ocorrência de comportamento alimentar sugestivo de anorexia e bulimia nervosa na amostra, visto que na literatura estão descritas associações entre os TA e tais dados (HAWTON et al., 1997; HERSCOVICI,1997; BORGES et al.,2006).

A pesquisa foi realizada no período de junho à setembro de 2006, sendo interrompida no mês de julho devido às férias. Nos dias úteis, dirigi-me à escola nos turnos matutino e vespertino e, nas turmas, antes da aplicação dos questionários, expus sobre a importância, os objetivos e a metodologia a ser aplicada na pesquisa. O tempo médio para a aplicação e preenchimento integral dos dois instrumentos foi de 30 minutos por turma. Durante o preenchimento dos instrumentos pelos adolescentes, permaneci nas turmas até a entrega do último questionário, com o fim de elucidar quaisquer dúvidas apresentadas.

Bighetti (2003) realizou um estudo para validação do EAT-26 com 365 estudantes do sexo feminino com idade média de 14,2 anos, em duas escolas particulares de Ribeirão Preto/SP, concluindo que o teste encontra-se satisfatório para utilização.

Magalhães e Mendonça (2005) avaliaram, em estudo semelhante, a confiabilidade teste-reteste do EAT-26 e do BITE em 60 universitárias com idade média de 20,2 anos numa universidade pública do Rio de Janeiro/RJ, cujos resultados de confiabilidade se mostraram satisfatórios.

Muitos estudos se valem do EAT e do BITE para o rastreamento dos transtornos alimentares, dentre eles cito a pesquisa de Vilela et al. (2004) com 1.807 estudantes de escolas públicas do interior de Minas Gerais, com idades entre 7 e 19

anos, cujos resultados mostraram alta prevalência de possíveis TA na população estudada. Fiates e Salles (2001) aplicaram o EAT+, versão na íntegra com 40 itens, em 221 universitárias, estudantes de nutrição e de outras áreas não relacionadas à saúde e os achados revelaram que o percentual de mulheres com possibilidade de desenvolver TA foi maior no grupo das estudantes de nutrição.

Tais referências confirmam que os instrumentos EAT e BITE são escalas conhecidas e utilizadas na identificação da presença de TA em estudos científicos e que o nível de confiabilidade apresenta-se satisfatório, embora ainda sejam poucos os estudos acerca de suas validações.

5.6 Análise estatística

As variáveis quantitativas são apresentadas por meio de médias e desvio padrão e as qualitativas, por freqüências e porcentagens.

O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis e os comportamentos alimentares sugestivos para anorexia e bulimia.

O nível de confiança adotado foi de 95% e $\alpha = 5\%$.

5.7 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, vinculado à Universidade Federal do Maranhão – UFMA (Anexo C).

O TCLE (Apêndice A) destinado aos responsáveis foi elaborado em conformidade com a Resolução Nacional de Saúde nº. 196/96 e suas complementares, que normatizam as pesquisas com seres humanos.

A presente pesquisa foi realizada através de questionários de autopreenchimento, sem identificação pessoal, estruturados e objetivos.

A amostra pesquisada foi esclarecida dos objetivos do trabalho em questão, bem como dos preceitos éticos seguidos.

Os dados que conduziram à identificação de pessoas ou da instituição envolvidos foram omitidos nos resultados finais.

As pessoas envolvidas foram informadas do seu direito de ter acesso aos resultados da pesquisa após seu encerramento e conclusão.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra conforme a série e a idade. Participaram da pesquisa 500 adolescentes estudantes da 5ª série do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio, com idades entre 10 e 18 anos.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por série e idade. São Luís, MA, 2006.

Série	n	%
5ª – Ensino Fundamental	40	8,0%
6ª – Ensino Fundamental	43	8,6%
7ª – Ensino Fundamental	42	8,4%
8ª – Ensino Fundamental	45	9,0%
1ª – Ensino Médio	126	25,2%
2ª – Ensino Médio	117	23,4%
3ª – Ensino Médio	87	17,4%

Idade	n	%
10	02	0,4%
11	40	8,0%
12	42	8,4%
13	46	9,2%
14	51	10,2%
15	121	24,2%
16	109	21,8%
17	78	15,6%
18	11	2,2%

Total	500	100,0%
--------------	------------	---------------

A Tabela 2 mostra a descrição geral da amostra em estudo, de acordo com as variáveis observadas:

Tabela 2: Descrição geral da amostra em estudo. São Luís, MA, 2006.

Variável	n	%
Idade		
10 a 12 anos	84	16,8
13 a 15 anos	218	43,6
16 a 18 anos	198	39,6
Sexo		
Feminino	320	64,0
Masculino	180	36,0
Escolaridade		
5ª a 8ª séries – Ens. Fund.	170	34,0
1ª a 3ª séries – Ens. Médio	330	66,0
Turno		
Matutino	394	78,8
Vespertino	106	21,2
Cor/etnia		
Branca	253	50,6
Preta	22	4,4
Amarela	27	5,4
Parda	172	34,4
Indígena	11	2,2
Sem declaração	15	3,0
Renda (em reais)		
Até 1.000	25	5,0
De 1.000 a 7.000	266	53,2

Variável	n	%
Acima de 7.000	164	32,8
Não sabe informar	45	9,0
Uso de fumo		
Sim	6	1,2
Não	494	98,8
Uso de álcool/drogas		
Sim	51	10,2
Não	449	89,8
Satisfação com o corpo		
Satisfeitos	244	48,8
Insatisfeitos	256	51,2
Mudar algo no corpo		
Mudaria	381	76,2
Não mudaria	119	23,8
Comportamento alimentar		
Normal	337	67,4
Alterado	163	32,6

De acordo com a tabela 2, dos 500 adolescentes pesquisados, 320 (64%) eram do sexo feminino e 180 (36%) do sexo masculino, com idades entre 10 e 18 anos. A idade média foi de 14,7 anos e o desvio padrão, $\pm 1,9$ anos.

A maioria dos adolescentes participantes da pesquisa cursavam o ensino médio (66%) no período matutino (78,8%) e eram provenientes da classe média, com uma renda familiar mensal entre R\$1.000,00 e R\$7.000,00 (53,2%).

A cor da pele que predominou entre os pesquisados foi a branca (50,6%), seguida da parda (34,4%).

O uso do fumo (1,2%), álcool ou outras drogas (10,2%) não são práticas freqüentes entre os adolescentes desta pesquisa, embora seja um percentual relativamente alto quanto à faixa etária estudada.

Quanto ao comportamento alimentar, 32,6% apresentaram alteração, sugerindo a presença de algum transtorno alimentar (TA) ou uma conduta alimentar de risco para o desenvolvimento de TA.

Dos 500 adolescentes, 256 (51,2%) encontravam-se insatisfeitos como próprio corpo já aos 10 anos de idade. Quando questionados sobre a possibilidade de modificar alguma parte do seu corpo, 381 (76,2%) dos pesquisados o fariam, caso pudessem.

A tabela 3 descreve a classificação do comportamento alimentar dos adolescentes:

Tabela 3: Classificação do comportamento alimentar dos adolescentes. São Luís, MA, 2006.

CLASSIFICAÇÃO	n	%
ANOREXIA	70	14,0
BULIMIA	04	0,8
ANOREXIA E BULIMIA	11	2,2
NÃO USUAL	78	15,6
NORMAL	337	67,4
TOTAL	500	100,0

A tabela 3 mostra que dos 500 adolescentes, 85 (17%) apresentaram conduta alimentar que sugere algum tipo de transtorno. Desses, 70 (14%) revelaram comportamento alimentar sugestivo para anorexia, 4 (0,8%) para bulimia e 11 (2,2%) apresentaram sintomas sugestivos para anorexia e bulimia combinados. Um grupo de 78 (15,6%) adolescentes revelou uma conduta alimentar não usual, ou

seja, um comportamento alimentar de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

A tabela 4 mostra os resultados encontrados conforme as variáveis sexo, cor/etnia e renda:

Tabela 4: Resultados obtidos conforme as variáveis sexo, cor/etnia e renda mensal familiar. São Luís, MA,2006.

Variável	TA	Não usual	Normal	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				0,15
Feminino	60(70,6)	54(69,2)	206(61,1)	
Masculino	25(29,4)	24(30,8)	131(38,9)	
Cor/etnia				0,05
Branca	44(51,8)	36(46,2)	173(51,3)	
Preta	5(5,9)	4(5,1)	13(3,9)	
Amarela	4(4,7)	2(2,6)	21(6,2)	
Parda	24(28,2)	34(43,6)	114(33,8)	
Indígena	6(7,1)	1(1,3)	4(1,2)	
Sem declaração	2((2,4)	1(1,3)	12(3,6)	
Renda (em reais)				0,80
Até 1.000	7(8,2)	3(3,8)	15(4,5)	
De 1.000 a 7.000	44(51,8)	40(51,3)	182(54,0)	
Acima de 7.000	28(32,9)	28(35,9)	108(32,0)	
Não sabe	6(7,1)	7(9,0)	32(9,5)	

Conforme a tabela 4, não foi encontrada associação significativa entre os transtornos alimentares segundo a variável sexo ($p = 0,15$).

Verificou-se que dos 85(17%)dos adolescentes com um provável diagnóstico de TA, 70,6% eram do sexo feminino e 29,4%, do sexo masculino, confirmando os dados estatísticos de que esses transtornos, que antes eram considerados

predominantemente característicos das mulheres jovens e adolescentes (ERBERT, 2005), têm sido mais freqüentes no sexo masculino devido a crescente preocupação com o aspecto físico derivado dos novos padrões estéticos criados para os homens (HERSCOVICI, 1997).

Conforme os resultados do presente estudo, embora a ocorrência dos transtornos alimentares ainda se apresente mais freqüente no sexo feminino (70,6%), o percentual encontrado no sexo masculino (29,4%) foi mais alto do que o relatado em outros trabalhos, que referem uma proporção de 10% de homens com TA (HERSCOVICI, 1997; BUCKROYD, 2000; BUSSE et al., 2004). A alta ocorrência, encontrada neste estudo, de possíveis TA no sexo masculino, surpreende e preocupa.

Dados obtidos num estudo conduzido por Melin e Araújo (2002), no Setor de Transtornos Alimentares e Obesidade do Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, com 150 pacientes consecutivos, mostraram que 13 (8,67%) eram homens com algum tipo de TA. As autoras acreditam que a proporção de homens com TA é bem maior do que a relatada na literatura (1:10); que a baixa freqüência dos transtornos identificados nos homens contribuiu para o desenvolvimento da crença de que os mesmos não sofrem dessas doenças; que a falta de preparo dos profissionais de saúde frente aos TA, é o que dificulta o diagnóstico em pacientes do sexo masculino.

Não foi encontrada associação significativa entre os transtornos alimentares e as variáveis cor da pele ($p = 0,05$) e renda ($p = 0,80$).

Conforme a cor da pele, dos adolescentes que apresentaram sintomas de TA, 51,8% eram brancos, os pardos somaram 28,2% e os de cor preta, amarela e indígena somaram juntos 11,8%. Embora a freqüência de TA tenha sido maior nos

adolescentes de cor branca, verificou-se a ocorrência desses transtornos nos adolescentes pardos, pretos, amarelos e indígenas.

De acordo com a renda familiar mensal verificou-se que, dos adolescentes que apresentaram sintomas de TA, 51,8% possuíam renda entre R\$1.000 e R\$7.000, 32,9% declararam renda acima de R\$7.000 e 8,2%, até R\$1.000. Embora os achados mostrem uma frequência maior de adolescentes com TA nas classes média e alta, também houve ocorrência dessas doenças em adolescentes de classe sócio-econômica baixa.

Os dados obtidos correspondem aos resultados encontrados na literatura que mostram maior incidência dessas doenças em pessoas das classes sócio-econômica média e alta, com maior frequência em pessoas de cor branca (HAWTON et al., 1997; HERSCOVICI, 1997; NUNES et al., 2002), embora estudos recentes desconfirmem a crença de que os TA atingem somente pessoas com esse perfil restrito (OLIVEIRA e SANTOS, 2006). Borges et al. (2006) apontaram que o grupo de pessoas com TA é cada vez mais heterogêneo, sendo diagnosticado em adolescentes do sexo masculino, raça negra, pré-adolescentes e com nível sócio-econômico e cultural baixo.

Alessi (2006) e Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) correlacionaram o papel da mídia e da urbanização com os crescentes diagnósticos de TA em países em desenvolvimento e em diferentes etnias, onde a urbanização propiciaria uma maior exposição do corpo ideal através da mídia, além de contribuir para a mudança dos hábitos alimentares com a proliferação dos “*fast-foods*”, sedentarismo e obesidade.

As altas taxas encontradas sugerem que o avanço da globalização, difundido através da mídia, principalmente pela televisão, pode influenciar negativamente os hábitos alimentares dos adolescentes, tornando os TA mais frequentes, com seu

início em pessoas cada vez mais jovens, já aos 10 anos de idade. Alessi (2006) relatou em seu estudo que a televisão influencia fortemente a conduta alimentar de crianças e adolescentes, ao divulgar uma variedade de alimentos dietéticos, diferentes e milagrosas dietas, passando a mensagem de que o corpo tornou-se o símbolo de representação da própria personalidade.

A tabela 5 compara as variáveis uso de diuréticos, uso de laxantes, uso de comprimidos e prática de vômitos entre os adolescentes com um provável diagnóstico de transtorno alimentar:

Tabela 5: Resultados obtidos conforme o uso de diuréticos, laxantes, comprimidos para regular o apetite e prática de vômitos auto-induzidos entre os adolescentes com TA. São Luís, MA, 2006.

Variável	Anorexia n(%)	Bulimia n(%)	Anorexia com bulimia n(%)	p-valor
Uso de diuréticos				0,10
Usa	64(91,4)	4(100,0)	11(100,0)	
Nunca usou	6(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	
Uso de laxantes				0,06
Usa	64(91,4)	4(100,0)	11(100,0)	
Nunca usou	6(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	
Uso de comprimidos				0,20
Usa	65(92,9)	4(100,0)	11(100,0)	

Variável	Anorexia n(%)	Bulimia n(%)	Anorexia com bulimia n(%)	p-valor
Nunca usou	5(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	
Prática de vômitos				0,01
Sim	65(92,9)	4(100,0)	11(100,0)	
Não	5(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	

De acordo com a tabela 5, dos adolescentes que apresentaram sintomas sugestivos de bulimia e dos dois transtornos combinados, todos (100%) fazem uso de diuréticos, laxantes, comprimidos e vômitos auto-provocados. Dos que têm possivelmente um diagnóstico de anorexia, 91,4% usam diuréticos e laxantes e 92,9%, vômitos auto-induzidos e comprimidos para regular o apetite, caracterizando a anorexia de subtipo purgativo. Estes achados superam os dados obtidos no estudo de Vilella et al. (2004) realizado em seis cidades dos interior de Minas Gerais com 1.807 escolares com idades entre 7 e 19 anos, que identificaram que apenas 17,8% dos alunos que apresentaram um provável diagnóstico de anorexia faziam uso de algum tipo de método purgativo e que foi comum o uso abusivo de laxantes, diuréticos, comprimidos para auxiliar na perda de peso e vômitos auto-induzidos entre os alunos com um provável diagnóstico de bulimia (74%).

Este estudo revelou que é freqüente o uso desses métodos pelos adolescentes com um possível diagnóstico de anorexia e pelos que apresentaram sintomas das duas doenças combinadas, sugerindo que a anorexia de subtipo purgativo é mais freqüente do que a de subtipo restritivo entre os adolescentes pesquisados.

Hawton et al. (1997) associaram um pior prognóstico de anorexia no subtipo purgativo, com vômitos freqüentes e abuso de laxantes e diuréticos.

Cordàs (2004) apontou a questão de que esses subtipos seriam apenas estágios evolutivos de uma mesma doença, na qual o subtipo purgativo apresentaria maior gravidade.

Borges et al. (2006) consideraram a presença de práticas purgativas um dos fatores preditivos de uma evolução desfavorável da anorexia, e a alta frequência de vômitos, um dos fatores preditivos de mau prognóstico para a bulimia.

Hawton et al. (1997) e Herscovici (1997) relataram que o pavor de engordar faz com que as pessoas com TA estipulem para si um peso ideal, sempre abaixo do que seria saudável, engajando-se em rituais compensatórios (exercícios excessivos, jejuns prolongados, dietas restritivas, abuso de laxantes, diuréticos e comprimidos para redução do apetite) com o objetivo de anular ou diminuir as conseqüências de que o que foi ingerido poderia ter sobre o peso e a forma física.

A tabela 6 compara os resultados das variáveis uso de fumo e uso de álcool/outras drogas entre os adolescentes identificados com um provável diagnóstico de transtorno alimentar:

Tabela 6: Resultados obtidos conforme o uso de fumo, álcool e drogas entre os adolescentes com TA. São Luís, MA,2006.

Variável	Anorexia	Bulimia	Anorexia com bulimia	p-valor
	n (%)	n (%)	n(%)	
Uso de fumo				0,80
Sim	2 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Variável	Anorexia	Bulimia	Anorexia com bulimia	p-valor
	n (%)	n (%)	n(%)	
Não	68(97,1)	4(100)	11(100)	
Uso de álcool/drogas				0,36
Sim	10(14,3)	0 (0,0)	3(27,3)	
Não	60(85,7)	4(100)	8(72,7)	

Os dados da tabela 6 mostram que as variáveis uso de fumo ($p = 0,80$) e uso de álcool/outras drogas ($p = 0,36$) não foram significativas.

A tabela 6 mostra que todos os adolescentes que talvez tenham bulimia (100%) e anorexia e bulimia combinados (100%) não fumam e que apenas 2,9% dos que possivelmente tenham anorexia o fazem.

O uso de álcool e/ou outras drogas ilícitas também não apareceu como uma prática freqüente entre os adolescentes identificados com um provável TA. Dos que apresentam um comportamento alimentar compatível com bulimia, nenhum (100%) bebe e/ou usa drogas. Dos que apresentam uma conduta sugestiva de anorexia, 14,3% bebem e/ou usam drogas e, dos que possivelmente tenham os dois transtornos combinados, 27,3% o fazem.

Embora os achados deste estudo não sejam significativos com relação às variáveis em questão, vale ressaltar que para a faixa etária estudada os valores encontrados para uso de álcool e/ou outras drogas são altos.

Os resultados confirmam dados de outros trabalhos que associam os TA com abuso e dependência de drogas ilícitas e álcool numa proporção de 12 a 40% dos afetados (BORGES et al., 2006; PINZON e NOGUEIRA, 2004).

A tabela 7 mostra os resultados encontrados na amostra quanto às variáveis satisfação com o corpo e o desejo de mudar algo no corpo:

Tabela 7 : Resultados obtidos conforme a satisfação corporal e o desejo de modificar algo no próprio corpo. São Luís, MA, 2006.

Variável	TA	Não usual	Normal	p-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	
Satisfação com o corpo				p<0,001
Satisfeitos	19(22,4)	24(30,8)	201(59,6)	
Insatisfeitos	66(77,6)	54(69,2)	136(40,4)	
Mudar algo no corpo				p<0,001
Mudaria	74(87,1)	69(88,5)	238(70,6)	
Não mudaria	11(12,9)	9(11,5)	99(29,4)	

De acordo com a tabela 7, a insatisfação com o próprio corpo é um sentimento significativamente freqüente ($p<0,001$) nos adolescentes que apresentaram alterações na sua conduta alimentar. Dos adolescentes insatisfeitos com seu corpo, 66 (77,6%) têm um possível diagnóstico de TA e 54 (69,2%) apresentaram um comportamento alimentar não usual. Vale ressaltar que 136 (53,1%) dos adolescentes com conduta alimentar dentro dos padrões de normalidade também expressaram insatisfação com seus corpos.

Os resultados revelaram que 381 adolescentes modificariam algo no próprio corpo caso pudessem: 74 (87,1%) com sintomas de TA, 69 (88,5%) com comportamento não usual e 238 (70,6%) com conduta alimentar normal.

A tabela 8 mostra como os adolescentes pesquisados percebem seu comportamento alimentar:

Tabela 8: Resultados obtidos conforme a percepção do próprio comportamento alimentar entre os adolescentes com TA. São Luís, MA, 2006.

Variável	Anorexia n (%)	Bulimia n (%)	Anorexia com bulimia n (%)	p-valor
Percepção do comportamento alimentar				0,02
Normal	44(62,9)	0(0,0)	3(27,3)	
Anormal	25(35,7)	4(100,0)	8(72,7)	
Não respondeu	1(1,4)	0(0,0)	0(0,0)	

A tabela 8 mostra que não houve significância na forma como os adolescentes com um provável diagnóstico de TA percebem seu comportamento alimentar ($p = 0,02$).

Dos que apresentaram um provável diagnóstico de anorexia, 62,9% consideraram seus hábitos alimentares normais, revelando não percepção e/ou não aceitação de que estão doentes.

Todos os adolescentes com um possível diagnóstico de bulimia (100%), consideraram seu comportamento alimentar anormal, indicando uma percepção realista da própria doença.

Dos que provavelmente possuem as duas doenças combinadas, anorexia com bulimia, 72,7% reconheceram que sua conduta alimentar é anormal, revelando que a percepção da realidade não está totalmente distorcida nesse grupo.

De acordo com Herscovici (1997), os anoréxicos não têm consciência de sua doença, motivo pelo qual não pedem ajuda, diferentemente dos bulímicos que têm uma real percepção de sua doença e recorrem à ajuda.

Borges et al. (2006) relataram que os anoréxicos consideram sua conduta alimentar normal, e o desejo de controlar seu baixo peso, justo e adequado com a realidade. Os bulímicos, ao contrário, sentem vergonha e culpa de seu comportamento e têm o desejo de ocultá-lo.

Diante dos achados gerais deste estudo, cabe uma reflexão tomando como base a opinião de Alessi (2006) que não vê a sociedade como pré-existente aos homens, mas constituída a partir e através das práticas e relações humanas cotidianas que se travam em todas as instituições (originando-se na família, núcleo social) nas quais os valores morais e sociais se processam e se perpetuam entre as gerações. Partindo desse viés, cabe a nós, profissionais da saúde (médicos, psicólogos e nutricionistas) e da educação (psicopedagogos e professores), vistos como ícones do saber e, portanto, formadores de opinião, direcionar nossas ações na busca de uma consciência coletiva que privilegie a informação, a saúde e os valores pessoais voltados para uma melhor qualidade de vida, em detrimento da atual desinformação que leva as pessoas a buscarem um “ideal” estético, muitas vezes inatingível, visto como garantia de felicidade, sucesso e realização pessoais.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que 17% dos 500 adolescentes pesquisados apresentaram algum tipo de TA. Desses, 70 (82,3%) apresentaram comportamento alimentar sugestivo de anorexia, 4 (4,7%) de bulimia e 11 (13%) apresentaram sintomas sugestivos para anorexia e bulimia combinados.

Não houve significância segundo a variável sexo. Verificou-se que dos 85 (17%) adolescentes com um provável diagnóstico de TA, 70,6% eram do sexo feminino e 29,4%, do sexo masculino. Embora a ocorrência dos transtornos alimentares tenha sido mais freqüente no sexo feminino (70,6%), o percentual encontrado no sexo masculino (29,4%) foi mais alto do que o relatado em outros trabalhos, que referem uma proporção de 10% de homens com TA .

Não foi encontrada associação significativa entre os transtornos alimentares e a variável cor da pele. Dos adolescentes que apresentaram sintomas de TA, 51,8% eram brancos, os pardos somaram 28,2% e os de cor preta, amarela e indígena somaram juntos 11,8%. Embora a freqüência de TA tenha sido maior nos adolescentes de cor branca, verificou-se a ocorrência desses transtornos nos adolescentes pardos, pretos, amarelos e indígenas.

Não foi encontrada associação significativa entre os transtornos alimentares e a variável renda. Verificou-se que, dos adolescentes que apresentaram sintomas de TA, 51,8% possuíam renda entre R\$1.000 e R\$7.000, 32,9% declararam renda acima de R\$7.000 e 8,2%, até R\$1.000. Embora os achados mostrem uma freqüência maior de adolescentes com TA nas classes média e alta, também houve ocorrência dessas doenças em adolescentes de classe sócio-econômica baixa.

Os achados mostram que os TA vêm aumentando e que o perfil dos adolescentes afetados é cada vez mais heterogêneo, sendo, também, identificado no sexo masculino, em diversas etnias e nas camadas sócio-econômicas mais baixas.

O uso de mecanismos compensatórios é uma prática freqüente entre os que apresentaram sintomas de TA. Dos que apresentaram conduta alimentar sugestiva de bulimia e de anorexia e bulimia combinados, todos (100%) fazem uso de diuréticos, laxantes, comprimidos e vômitos. Dos que apresentaram comportamento sugestivo de anorexia, 91,4% usam laxantes e diuréticos e 92,9% utilizam comprimidos para regular o apetite e induzem o vômito.

Embora o uso de fumo, álcool e/ ou outras drogas não tenha sido significativo entre os adolescentes que apresentaram sintomas de TA, podemos concluir que para a faixa etária pesquisada os resultados obtidos foram altos. Dos que apresentaram sintomas sugestivos de anorexia, 2,9% fumam e 14,3% bebem e/ou usam drogas e, dos que possivelmente tenham os dois transtornos combinados, 27,3% bebem e/ou usam drogas.

A insatisfação com o próprio corpo e o desejo de modificá-lo são sentimentos freqüentes nos adolescentes pesquisados. Dos que apresentaram sintomas de TA, 77,6% estão insatisfeitos com o próprio corpo e 87,1% fariam alguma modificação física se pudessem. Vale ressaltar que 70,6% dos adolescentes que apresentaram conduta alimentar dentro dos padrões de normalidade também registraram o desejo de modificar algo no próprio corpo, levando-nos a pensar que o sentimento de insatisfação corporal pode estar presente num número bem maior de adolescentes do que o que foi registrado nos achados (40,4%).

Os resultados mostraram que 55,3% dos adolescentes que apresentaram sintomas que sugerem algum TA consideram seus hábitos alimentares normais, revelando uma percepção distorcida da realidade ou a não aceitação da própria doença.

8 SUGESTÕES

Diante dos resultados deste trabalho, vale refletir sobre a implementação de estratégias interventivas, através de:

- ações contínuas de sensibilização, educação e orientação quanto aos transtornos alimentares, suas causas e riscos e quanto à necessidade de um trabalho interdisciplinar entre os profissionais envolvidos na assistência ao paciente com transtorno alimentar, através da promoção de palestras e discussões em hospitais, escolas e universidades, direcionadas:

a) aos profissionais da saúde (médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, universitários);

b) aos profissionais da educação (psicopedagogos, professores de educação física, professores em geral, universitários);

c) aos adolescentes e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ALESSI, Neiry Primo. Conduta alimentar e sociedade. **Medicina**, Ribeirão Preto, Simpósio: Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas, v. 39, n. 3, p. 327-32, jul./set. 2006, cap.2. Disponível em <<http://www.fmrp.usp.br>>. Acesso em 8 out. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM - IV - TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Texto Revisado.

BEHAR, Rosa A.; MANZO, Rodrigo G.; CASANOVA, Dunny Z.. Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. **Rev. Méd. Chile**, v. 134, n. 3, p.312-319, mar. 2006. Disponível em www.scielo.cl/scielo.php. Acesso em 14 dez. 2007.

BECK, Aaron; FREEMAN, Arthur e Colaboradores. **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

BECK, Aaron, RUSH, A., SHAW, Brian, EMERY, Gary. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BIGHETTI, Felícia. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **J. bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 339-346, nov.-dez. 2004. Disponível em www.bases.bireme.br/cgi-bin. Acesso em 14/12/2007.

BORGES, Nádía Juliana Beraldo Goulart et al.. **Transtornos alimetares – Quadro clínico**. In: SIMPÓSIO: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS, 3. 2006. Ribeirão Preto, p.340-8, jul./set. 2006. Disponível em <<http://www.fmrp.usp.br>>. Acesso em 8 out. 2006.

BUCKROYD, Julia. **Anorexia e bulimia: esclarecendo suas dúvidas**. Traduzido por ZLF Assessoria Editorial. São Paulo: Ágora, 2000.

BUSSE, Salvador de Rossis (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 196/1996. Dispõe sobre a normatização de pesquisas científicas com seres humanos.

CORDÁS, T. A.; HOCHGRAF, P. B.. O BITE – Instrumento para avaliação de Bulimia Nervosa – versão para o português. **J. bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 42, p. 141-4, 1993.

CORDÁS, T. A.. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em 18 out. 2006.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. P.. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 26, art. 41. Edição Especial, 1999. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em 18 out. 2006.

COSTA, Maria Conceição C.; SOUZA, Ronald Pagnoncelli (Orgs.). **Adolescência - aspectos clínicos e psicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ERBERT, Tâmara Carla. **Anorexia e bulimia nervosas**. São Paulo: Marco Zero, 2005.

FIATES, Giovanna Medeiros Rataichessk; SALLES, Raquel Kuerten de. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Rev. Nut.**, v. 14, p. 3-6, Campinas, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.php>> . Acesso em 01 out. 2007.

GRANDO, Lucia Helena; ROLIM, Marli Alves. Família e Transtornos Alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 13, n. 6, p.989-95, nov./dez. 2005. Disponível em <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 10 set. 2006.

HAWTON, Keith, SALKOVSKIS, Paul M., KIRK, Joan, CLARK, David. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. Traduzido por Alvamar Lamparelli. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

HERSCOVICI, Cecile Rausch. **A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares**. Traduzido por Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MAGALHÃES, Vera Cristina; MENDONÇA, Gulnar A.S.. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Rev. bras. epidem.**, São Paulo, v.8, n.3, p. 136-245, set. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 20 set. 2006.

MELIN, Paula; ARAUJO, Alexandra M. Diagnóstico dos transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, suppl.3, p.73-76, dez. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 2 nov 2006.

MORGAN, Christina M.; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais. **Rev. bras. psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, suppl.3, p. 18-23, dez. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 2 nov. 2006.

NUNES, Maria Angélica Antunes e colaboradores. Distúrbios da Conduta Alimentar: Considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.7-10, 1994.

_____. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

OLIVEIRA, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 353-60, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br>>. Acesso em 8 out. 2006.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>. Acesso em 18 out. 2006.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos**. São Paulo: Psy, 1995.

_____. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Um Diálogo com a Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

SOUZA, Laura Vilela; SANTOS, Manoel Antônio. A família e os transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto. In: SIMPÓSIO: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS, 3. 2006. Ribeirão Preto, p.340-348, jul./set. 2006. Disponível em <<http://www.fmrp.usp.br>>. Acesso em 8 out. 2006.

VILELA, João Eduardo Mendonça et al.. Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr. (R.J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 1, p. 49-54, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 20 set. 2006.

WOODSIDE, B.; GARFINKEL, P.E.; LIN, E.; GOERING, P.; KAPLAN, A.S.;
GOLDBLOOM, D.S. et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders,
men without eating disorders, and women with eating disorders in the community.
Am. J. Psychiatry. Toronto, v. 158, p.570-4, 2001.

ANEXOS

Anexo A
Teste de atitudes alimentares resumido - EAT-26

* **Série:** _____ * **Turno:** () manhã () tarde

* **Sexo:** () feminino () masculino * **Idade:** _____

* **Cor ou raça:** () branca () preta () amarela () parda () indígena () sem declaração

* **O rendimento médio mensal de sua família em reais é:**

() até R\$1.000 () de R\$1.000 à R\$7.000 () acima de R\$7.000 () não sei informar

a) **Você fuma?** ()SIM ()NÃO

b) **Você faz uso de drogas (álcool e/ou outras)?** ()SIM ()NÃO

c) **Você está satisfeito(a) com o seu corpo?** ()SIM ()NÃO

d) **Se você pudesse, mudaria algo em seu corpo?** ()SIM ()NÃO

• **Marque as sentenças abaixo, segundo a seguinte escala:**

S= SEMPRE MF= MUITO FREQUENTE F= FREQUENTE AV= ÀS VEZES R= RARAMENTE N= NUNCA

ATITUDES	S	MF	F	AV	R	N
1. Costumo fazer dieta.						
2. Como alimentos dietéticos.						
3. Sinto-me mal após comer doces.						
4. Gosto de experimentar comidas calóricas.						
5. Evito alimentos que contenham açúcar.						
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidrato (pão, batata, arroz, etc...).						
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).						
8. Gosto de estar com o estômago vazio.						
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias.						
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.						
11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.						
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.						
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.						
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.						
15. Vomito depois de comer.						
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.						
17. Passo muito tempo pensando em comida.						
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.						

*27. Qual a frequência desses episódios?
() quase nunca(1) () 1 vez por mês(2) () 1 vez por semana(3) () 2 a 3 vezes por semana(4)
() diariamente(5) () 2 a 3 vezes por dia(6)

	SIM	NÃO
28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?		
29. Quando come demais, você se sente culpado(a)?		
30. Você já comeu escondido(a)?		
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar de “normais”?		
32. Você se considera alguém que come compulsivamente?		
33. Seu peso varia mais que 2,5 quilogramas em uma semana?		

APÊNDICE

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- **PESQUISA CIENTÍFICA:**
Anorexia e Bulimia em Escolares

- **OBJETIVO DA PESQUISA CIENTÍFICA:**

Estudar as maneiras ou modos de comer, tendo em vista as magrezas extremas que vem ocorrendo no mundo. Tais situações extremas de magreza têm ocorrência relativamente nova e as causas não estão totalmente esclarecidas. Estas magrezas estranhas a ciência chama de ANOREXIA, cujas causas ainda não se conhece claramente. Uma das formas de se chegar à Anorexia é pela recusa do indivíduo a manter seu peso corporal harmonioso com sua idade e altura. A BULIMIA é caracterizada por excessos repentinos de acesso aos alimentos que são ingeridos através de misturas calóricas, as chamadas “orgias alimentares”, seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, para evitar o ganho de peso, tais como: vômitos auto-provocados, abuso de remédios com efeitos laxativos e diuréticos, ficar sem comer por muito tempo, fazer atividade física de forma excessiva. Nem sempre quem desenvolve Bulimia é magro, mas é comum que um indivíduo que tem Bulimia desenvolva uma Anorexia e vice-versa, pois essas doenças estão interligadas.

O seu/sua filho(a) foi aleatoriamente sorteado(a), entre outros, para este estudo e, para tanto, necessitamos da sua autorização. Caso o/a Senhor(a) permita, seu/sua filho(a) preencherá um questionário sobre seus hábitos alimentares durante sua permanência na escola.

É garantido o sigilo e a confidencialidade. Qualquer dado que identifique o sujeito da pesquisa e a instituição envolvida, será omitido nos resultados finais.

O/A Senhor(a) poderá retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo ao(a) seu/sua filho(a).

A contribuição de seu/sua filho(a) para este estudo ajudará à compreensão destes comportamentos alimentares em nossa cidade.

Caso libere seu/sua filho(a) para o estudo, o/a Senhor(a) preencherá e assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo.

- **PESQUISADORA: Paula Virgínia Lisbôa Chaves de Carvalho**
PROFISSÃO: Psicóloga
ENDEREÇO: Av. Colares Moreira 444, sala 646 – Renascença II – São Luís/MA
TELEFONE: (98) 3268-0081
- **ORIENTADOR: Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva**
PROFISSÃO: Médico

ENDEREÇO: Rua Barão de Itapary 155 – Centro – São Luís/MA
TELEFONE: (98) 3232-5495

- **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**
COORDENADOR: Prof. Msc. Wildoberto Batista Gurgel
ENDEREÇO: Rua Barão de Itapary 227, 4º andar – Hospital Universitário da
Universidade Federal do Maranhão – HU/UFMA – Centro – São Luís/MA
TELEFONE: (98) 3219-1223
- **AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**
(X) SEM RISCO
() RISCO MÍNIMO
() RISCO MÉDIO
() RISCO ALTO

Caros Pais/Responsáveis,
Caso autorize seu filho a participar desta pesquisa científica, preencha a ficha abaixo, assine,
destaque-a e devolva à Coordenação:

.....

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO ALUNO: _____
D. NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: ____ SEXO: ()M ()F
SÉRIE: _____ TURMA: _____ TURNO: ()manhã ()tarde
COR/ETNIA: ()branca ()preta ()parda ()indígena ()amarela
RENDA FAMILIAR MENSAL APROXIMADA:
()até R\$1.000 ()de R\$1.000 a R\$7.000 ()acima de R\$7.000

NOME DO RESPONSÁVEL: _____
DOC. IDENTIDADE Nº: _____
TELEFONE: _____

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me
foi explicado, consinto que meu/minha filho(a) participe do presente estudo científico.

São Luís, _____ de _____ de 2006

Assinatura do Pai/Mãe ou Responsável

Paula Virgínia Lisboa Chaves de Carvalho
Pesquisadora

