

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE

ANNE POLLYANA NASCIMENTO DOS SANTOS

**FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES
EM ESTUDANTES DO CURSO DE NUTRIÇÃO DA FARN**

ANNE POLLYANA NASCIMENTO DOS SANTOS

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES
EM ESTUDANTES DO CURSO DE NUTRIÇÃO DA FARN

Monografia apresentada ao curso de Nutrição da
FARN – Faculdade Natalense para
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Carina Leite de A. Oliveira (Msc)

NATAL - RN
2009

ANNE POLLYANA NASCIMENTO DOS SANTOS

**FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES
EM ESTUDANTES DO CURSO DE NUTRIÇÃO DA FARN**

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Aprovado em 08 de Dezembro de 2009, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Carina Leite Araújo de Oliveira (Msc.)

Orientadora

Vanessa Teixeira de Lima Oliveira (Msc.)

Érika Alessandra Melo Costa (Esp.)

RESUMO

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos e aumento de morbidade e mortalidade. A anorexia nervosa (NA) é caracterizada por uma restrição alimentar auto imposta com graves seqüelas, características obsessivo-compulsivas e crenças irracionais. A bulimia nervosa (BN) se caracteriza por alternar crises de hiperfagia com vômitos auto-induzidos; os bulímicos geralmente se mantêm próximos ao peso normal ou até mesmo com um leve sobrepeso. Este trabalho buscou identificar as estudantes do curso de nutrição que apresentavam fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares. Foram aplicados questionários do tipo socioeconômico e também o Eating Attitudes Test (EAT-26) e Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) que são questionários específicos para detecção de fatores risco para o desenvolvimento dessas doenças. Participaram do estudo 43 mulheres estudantes do curso de nutrição de uma faculdade particular. Os resultados do EAT-26 indicaram que apenas 7% das alunas participantes foram classificadas com EAT+. Com relação ao BITE, segundo a escala de sintomas, nenhuma das participantes apresentou escores maiores ou iguais a 20, 7% (n=3) alunas tiveram escores entre 10 e 19 e 93% (n=40) alunas tiveram escores abaixo de 10. Em relação à escala de gravidade do BITE ninguém apresentou escores maiores ou iguais a 10 e 4,7% (n=2) alunas apresentaram escores de 5 a 9 . O estudo permite concluir que, foram encontrados baixos índices de fatores de risco e presença de sintomas para o desenvolvimento de transtornos alimentares na população estudada.

Palavras - chave: Distúrbios Alimentares. Anorexia. Bulimia. Fatores de risco.

ABSTRACT

Eating disorders are psychiatric illnesses that affect mostly teenagers and young women, can lead to major biological and psychological harm and increased morbidity and mortality. Nervous Anorexia (NA) is characterized by a self-imposed food restriction with serious sequelae, obsessive-compulsive traits and irrational beliefs that often complicate the treatment. Nervous Bulimia (NB) alternates bouts of hyperphagia and self-induced vomiting. Bulimics often maintain a near-normal weight or even a slight overweight. The present work researched to identify, between college student women, those who presented risk factors of develop eating disturbance. Social-economic questionnaires and The Eating Attitudes Test and Bulimic Investigatory Test Edinburgh, wich are specific questionnaires to detect risk factors of developing these disturbances, had been applied. 43 pupils of the Nutrition course of a private college answered to the questionnaires. The results of EAT-26 had indicated that only 7% of the participants had been classified with EAT+. According to BITE symptoms scale, none of the participants scored higher than or equal to 20, 7% (n=3) of the pupils scored between 10 and 19, and 93% (n=40) scored less than 10 points. According to BITE gravity scale, none of the pupils scored higher than or equal to 10 and 4,7% (n=2) scored between 5 and 9. This study reveals a little prevalence of eating disturbances, as well as bad eating habits in nutrition pupils.

Keywords: Eating disturbances. Bulimia. Anorexia. Risk factors.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Classificação do estado civil das estudantes do curso de nutrição.

Gráfico 2 – Classificação quanto a moradia atual das estudantes do curso de nutrição.

Gráfico 3 - Distribuição da renda familiar (salários mínimos) das estudantes do curso de nutrição.

Gráfico 4 – Resultado da aplicação do questionário EAT-26 nas estudantes do curso de nutrição.

Gráfico 5 - Resultado da aplicação do questionário BITE referente a escala de sintomas nas estudantes do curso de nutrição.

Gráfico 6 – Classificação do estado nutricional segundo o IMC das estudantes do curso de nutrição.

Gráfico 7 – Frequência da realização das refeições/dia das estudantes do curso de nutrição.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Complicações físicas na anorexia nervosa.

Quadro 2 - Complicações físicas na bulimia nervosa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mecanismo multifatorial na gênese da anorexia nervosa.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	GERAL	12
2.2	ESPECÍFICOS	12
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	13
3.2	ANOREXIA NERVOSA	14
3.3	BULIMIA NERVOSA	18
3.4	TRATAMENTO NUTRICIONAL	20
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	21
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	21
4.3	COLETA DE DADOS	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
5.1	CARACTERIZAÇÃO QUANTO AOS FATORES SOCIOECONÔMICA	24
5.2	FATORES DE RISCO E SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	27
5.3	CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO O IMC	29
5.4	AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR.....	31
6	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS.....	34
	APÊNDICE.....	36
	ANEXO	40

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) têm uma etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença. Classicamente, distinguem-se os fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores dos TA (COOPER apud MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002)

O sexo feminino de uma maneira geral é muito vulnerável à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos. A sociedade rejeita, discrimina e reprova pessoas obesas. Perante esta situação muitas mulheres encontram-se insatisfeitas com seu corpo. O medo da obesidade faz com que um número cada vez maior de mulheres faça dieta, controle neuroticamente o peso corporal, exercite-se de maneira exaustiva e faça uso de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas (FIATES; SALLES, 2001).

Nas sociedades emergentes, ao mesmo tempo em que observamos uma oferta abundante de alimentos de alto valor energético e de rápido consumo, a vida cotidiana é cada vez mais sedentária, tornando mais difícil se atingir um corpo magro, assim como manter. Modelos e atrizes de sucesso, representantes dos padrões ideais de beleza feminina, são extremamente magras e muitas vezes apresentam um corpo de pré-adolescente com formas pouco definidas (NUNES, 1998).

Tem sido enfatizada, em debates populares, a importância da mídia para o desenvolvimento de desordens como anorexia e bulimia, por alegadamente promover ela uma identificação da beleza com padrões físicos de magreza acentuada. Qualquer papel a ser exercido pela cultura de massa na promoção dessas desordens, no entanto, está ainda para ser demonstrado. Na busca da etiologia de perturbações da saúde mental, inclusive da anorexia nervosa, comumente são procuradas causas de ordem intrapsíquico, ambiental e genético (WIKIPÉDIA, 2008).

A anorexia nervosa é caracterizada por uma restrição alimentar auto imposta com graves seqüelas, características obsessivo-compulsivas e crenças irracionais que freqüentemente complicam o tratamento. A instalação da doença de forma crônica provoca a princípio desnutrição e desidratação. Apesar dos pacientes negarem fome, são comuns as queixas de fadiga, fraqueza, tonturas e visão turva.

As complicações tornam-se graves devido a utilização de métodos drásticos para se conseguir a perda cada vez maior de peso corporal (WISEMAN et al apud FIATES e SALLES, 2001) .

A anorexia nervosa vem afetando cada vez mais pessoas jovens (entre 15 a 25 anos), e do sexo feminino (95% dos casos ocorrem em mulheres) (WIKIPÉDIA, 2008).

A bulimia nervosa não leva a uma seria depleção do estado nutricional como visto na anorexia. Os bulímicos geralmente se mantêm próximos ao peso normal ou até mesmo com um leve sobrepeso, alternando crises de hiperfagia com vômitos auto-induzidos. A distorção do tamanho corpóreo normalmente é menor do que aquela vista na anorexia nervosa (VILELA et al, 2004).

O presente trabalho visa a realização de um estudo acerca da presença de transtornos alimentares entre estudantes da graduação de Nutrição da cidade de Natal/RN, sendo avaliado seus hábitos alimentares.

Este estudo é pertinente, pois, a prevalência dos transtornos alimentares vem apresentando um grande crescimento e, talvez, seja essa uma das manifestações que fazem ver mais claramente os reflexos da cultura contemporânea na saúde mental das pessoas. Outro aspecto relevante é que, muitas vezes, os pacientes não buscam tratamento por não acreditarem que estejam doentes e que o interesse pela perda de peso seja apenas fruto da necessidade de se manter dentro dos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares como, anorexia e bulimia nervosa, entre estudantes de graduação em Nutrição.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada quanto aos fatores sócio-econômicos;
- Avaliar a presença de fatores de risco e sintomas de transtornos alimentares, através de questionários específicos;
- Avaliar o estado nutricional global através do Índice de Massa Corpórea (IMC);
- Avaliar o hábito alimentar quanto à frequência das refeições consumidas diariamente.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Ballone (2003) define os transtornos alimentares como sendo desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. Os principais tipos de transtornos alimentares são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Essas duas patologias são intimamente relacionadas por apresentarem alguns sintomas em comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso, uma representação alterada da forma corporal e um medo patológico de engordar. Em ambos os quadros os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmos indevidamente baseado na forma física, a qual freqüentemente percebem de forma distorcida.

Segundo Cordás, Salzano e Rios (2004) os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos e aumento de morbidade e mortalidade.

Entende-se por fatores predisponentes aqueles que aumentam a chance de aparecimento dos TA, mas não o tornam inevitável. Os fatores que precipitam a doença marcam o aparecimento dos sintomas dos TA. Finalmente, os fatores mantenedores determinam se o transtorno vai ser perpetuado ou não.

Os fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos apresentam relação com o desenvolvimento de transtornos alimentares, isto pode ser confirmado segundo Talbott et al (1992) afirmam que os transtornos alimentares são síndromes complexas nas quais as interações entre fatores ambientais, psicológicos e fisiológicos criam e mantêm o comportamento alimentar perturbado.

Embora os distúrbios alimentares sejam classificados entre as enfermidades psiquiátricas, também estão associados a significativas complicações médicas, taxas de morbidade e mortalidade entre 5 e 15%. Embora a disfunção primária esteja relacionada a deficiências no senso de si mesmo, identidade e autonomia, as conseqüências físicas e psicológicas da desnutrição dominam o quadro clínico (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

Os distúrbios alimentares ocorrem mais freqüentemente no sexo feminino, representando 95% dos casos. Estudos têm demonstrado um aumento da incidência nas últimas duas décadas (CASTRO; GOLDSTEIN apud FIATES; SALLES, 2000).

Paxton citado por Fiates, Salles (2000) relata que o quadro costuma apresentar como fator desencadeante algum evento significativo como perdas, separações, mudanças, doenças orgânicas, distúrbios da imagem corporal, depressão, ansiedade e, até mesmo, traumas de infância, como abuso sexual. No entanto, a forma como estes fatores vão atuar como causa do distúrbio ainda não está esclarecida.

Os transtornos alimentares são todos aqueles que se caracterizam por apresentar alterações graves na conduta alimentar e os mais freqüentes são anorexia e bulimia nervosas.

3.2 ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa (AN) é uma disfunção alimentar, caracterizada por uma rígida e insuficiente dieta alimentar (caracterizando em baixo peso corporal) e estresse físico. A anorexia nervosa é uma doença complexa, que envolve componentes psicológicos, fisiológicos e sociais (WIKIPÉDIA, 2008)

Para Seabra et al (2004) anorexia nervosa também pode ser definida como uma inanição deliberada e auto-imposta, seguida de uma busca implacável por magreza e por um medo de engordar, levando a sérios graus de emagrecimento.

A anorexia nervosa caracteriza-se pela perda de peso intensa à custa de dieta extremamente rígida em quase todos os casos, busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (CORDÁS, SALZANO; RIOS, 2004).

Segundo Mahan e Escott-Stump (2005) anorexia nervosa é uma doença caracterizada por: 1. recusa em manter um peso corporal minimamente normal; 2. medo intenso de ganhar peso; 3. imagem corporal distorcida; e 4. amenorréia em mulheres após a menarca; que pode ser de dois tipos: restrição ou ingestão excessiva de alimentos/purgação.

Esse distúrbio tem prevalência em pessoas jovens (entre 15 a 25 anos), e do sexo feminino (95% dos casos ocorrem em mulheres). Muitos especialistas

acreditam que a influência da mídia é a principal causa de distúrbios alimentares. Isto porque a mídia sempre impõe o estereótipo em que a magreza é um fator importantíssimo, senão indispensável, para o sucesso social e econômico de uma pessoa, desde redes de televisão até filmes e revistas. Tal influência é bastante negativa em crianças e adolescentes, cuja personalidade está em formação, e casos de garotas anoréxicas entre 11 e 14 anos existem com relativa frequência.

Mahan e Escott-Stump (2005) relatam que a anorexia nervosa parece ser mais prevalente em países industrializados que adotam e idealizam o tipo corporal magro, como EUA, Canadá, Europa, Austrália, Japão. Também destacam que embora algumas sociedades não ocidentais ainda adotem uma forma corporal feminina mais corpulenta, uma revisão recente sugere que a AN está aumentando mesmo em países em desenvolvimento do terceiro mundo.

A etiologia do distúrbio é multifatorial, incluindo fatores biológicos, genéticos, interpessoais, familiares e socioculturais no desenvolvimento e manutenção do mesmo. Isso pode ser confirmado através de Cordás, Salzano e Rios (2004) consideram não haver uma única etiologia responsável pela anorexia nervosa. Acredita-se no modelo multifatorial, com contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. (Figura 1)

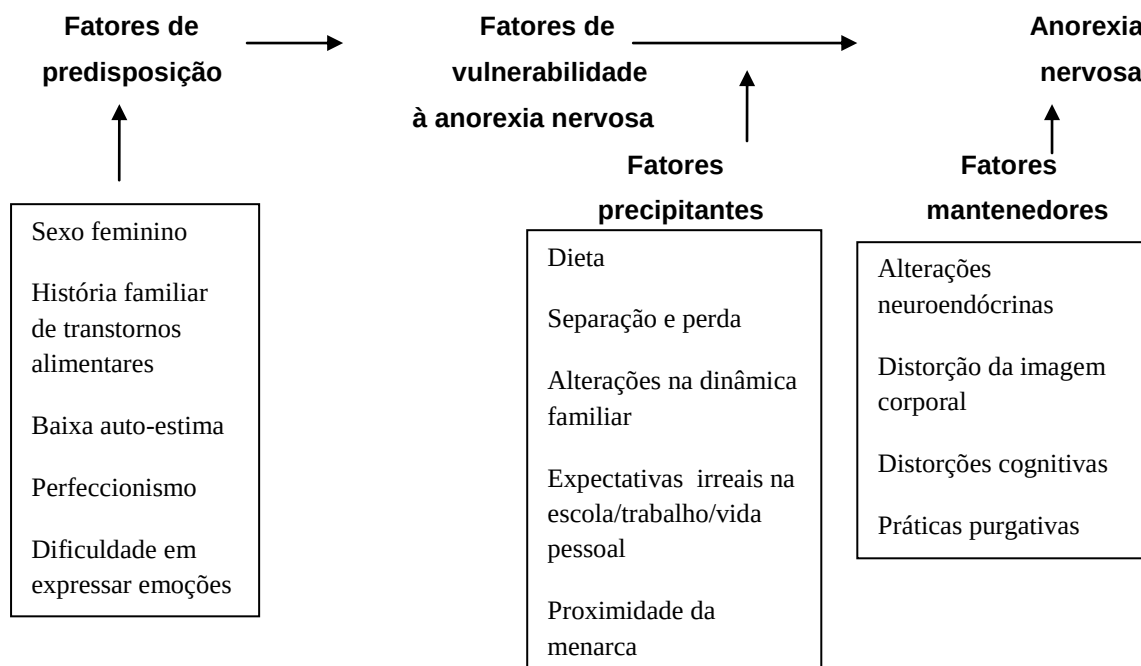


Fig. 1 – Mecanismo multifatorial na gênese da anorexia nervosa.

Fonte: CORDÁS, SALZANO e RIOS (2004)

A anorexia nervosa tem início freqüentemente a partir de uma dieta, em razão da insatisfação, muitas vezes justificada com seu peso e sua imagem corporal. O paciente anoréxico muda os tipos de alimentos de sua dieta, eliminando aqueles considerados mais calóricos.

No início o paciente suprime a ingestão de doces e massas, de acordo com o tempo, elimina também carnes vermelhas e brancas. A restrição alimentar aumenta progressivamente, com diminuição do número de refeições até jejum efetuado durante todo o dia ou restrição a uma dieta escassa (CORDÁS, 2005).

Segundo Mahan e Escott-Stump (2005) os pacientes com AN possuem uma aparência típica e características. Sua constituição física caquética prépubescente, faz freqüentemente com que pareçam mais jovens do que são. São características físicas comuns lanugem, cabelo sem brilho e quebradiço, cianose de extremidades e pele seca que pode se apresentar amarelada devido a hipercarotenemia. Bradicardia abaixo de 60bpm e hipotensão abaixo de 70mmHg (sistólica) estão freqüentemente presentes. Os pacientes com AN freqüentemente atribuirão suas baixas freqüências cardíacas e baixa pressão arterial ao seu programa de exercício e declaram boa forma física; entretanto, testes cardiovasculares têm mostrado respostas cardiovasculares alteradas para o exercício na AN. Os pacientes são hipotérmicos e freqüentemente usam mais roupas que o apropriado ao ambiente.

O trato gastrointestinal pode ser bastante afetado na AN. As complicações secundárias a inanição abrangem esvaziamento gástrico retardado, diminuição da motilidade intestinal e constipação. Estas complicações podem resultar em abdome volumoso e sensação prolongada de plenitude gástrica, que pode durar várias horas após a alimentação (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

Para Katzman e Zipursky (apud MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005) as crianças e adolescentes com AN desenvolvem complicações clínicas únicas que afetam o crescimento e o desenvolvimento normais. As complicações englobam o retardo e interrupção da puberdade, redução no pico de massa óssea e anormalidades estruturais no cérebro.

A desnutrição decorrente da anorexia nervosa causa fraqueza, além de outras complicações físicas (Quadro 1).

Pele e anexos	Pele com aspecto amarelado por hipercarotenemia, pele seca, lanugo, cabelos finos e quebradiços, perda de cabelo.
Sistema gastrointestinal	Retardo no esvaziamento gástrico, obstipação, pancreatite, alterações de enzimas hepáticas, diminuição de peristaltismo intestinal.
Sistema cardiovascular	Bradicardia, diminuição da pressão arterial, arritmias, insuficiência cardíaca, parada cardíaca, hipotensão postural, alterações de eletrocardiograma, miocardiopatia.
Sistema renal	Edema e cálculo renal.
Sistema hematológico	Anemia, leucopenia, trombocitopenia.
Sistema reprodutivo	Infertilidade, recém-nascidos com baixo peso.
Sistema metabólico	Hipocalemia, hiponatremia, hipoglicemia, desidratação.
Sistema endocrinológico	Amenorréia, diminuição de gonadotrofina, hormônio luteinizante e estrogênios, aumento de hormônios do crescimento e cortisol, diminuição de T ₃ reverso, hipercolesterolemia.
Outras alterações	Hipotermia, intolerância ao frio, convulsões, aumento do colesterol sérico, osteopenia/osteoporose.

Quadro 1 – Complicações físicas na anorexia nervosa.

Fonte: CORDÁS; SALZANO; RIOS (2004)

As taxas de recuperação da anorexia nervosa são variáveis. Estima-se, que cerca de 30 a 40% dos pacientes tenham recuperação completa, não voltando a apresentar outros episódios da doença. Outros 30 a 40% têm uma evolução mediana, oscilando entre períodos de melhora e de recidiva da doença, podendo evoluir para bulimia nervosa. O restante dos pacientes tem um curso grave, com complicações físicas e psicológicas mais sérias.

Alguns fatores preditivos de uma evolução ruim da anorexia nervosa, como peso muito baixo no início do tratamento, aparecimento tardio da doença, demora para procurar ajuda médica, presença de práticas purgativas, relações familiares comprometidas e comorbidade psiquiátrica (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

Segundo Cordás, Salzano e Rios (2004) a distorção da imagem corporal tende a permanecer em grande parte dos pacientes, apresentando-se como um desafio para futuros estudos.

3.3 BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa (BN) é caracterizada por consumo de grande volume e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos, acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle do peso, como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos. A excessiva preocupação com o peso e com a forma corporal é a principal característica psicológica da bulimia nervosa.

Segundo Mahan e Escott-Stump (2005) a bulimia nervosa é descrita como um estado de caos dietético, caracterizado por períodos de consumo alimentar descontrolado, mal estruturado e freqüentemente seguido por um período de ingestão alimentar restrita.

Cordás, Salzano e Rios (2004) relatam que habitualmente o início da doença é um pouco mais tardio que na anorexia nervosa, ocorrendo comumente no final da adolescência e no início da idade adulta, não havendo distinção de aparecimento nas diferentes classes sociais.

O paciente bulímico geralmente tem a sua história iniciada com excessiva preocupação com o peso e suas formas. Nesse momento, ele pode estar com o peso normal ou ligeiramente acima do peso adequado, porém com medo de engordar, ou querendo perder alguns poucos quilos. Dando início a uma dieta com restrições a alimentos que possam engordar, mas sem a obstinação comum em pacientes anoréxicos. Com o tempo seu corpo passa a sentir as mudanças de hábito nutricional e, em certo momento, ao sentir uma fome incontrolável e deparar-se com a geladeira, devora rapidamente tudo que está ali. Imediatamente sente-se culpado e até mesmo com mal-estar físico em razão da quantidade ingerida, ocorre-lhe então a idéia de induzir o vômito para não engordar. Tal comportamento lhe traz satisfação e alívio momentâneo (PHILIPPI e Alvarenga, 2004).

Para Fairburn e Cooper (apud PHILIPPI; ALVARENGA, 2004) o paciente bulímico pensa ter descoberto a forma ideal para manter o peso sem restringir os alimentos considerados proibidos. A progressão, no entanto, é uma catástrofe. Após o vômito, surge a sensação de estar fazendo algo fora do normal. Sente-se ansioso, culpado e com piora da auto-estima, o que o faz retomar a dieta às vezes de forma mais intensa por acreditar erroneamente que detém o controle sobre esse processo.

Ao aumentar a restrição, facilita novos episódios bulímicos, piora os vômitos, piora a ansiedade e a auto-estima e vira um círculo vicioso.

A indução do vômito não é a única prática usada para compensar episódios bulímicos ou para evitar ganho de peso, a auto-indução do vômito é o mais freqüentemente encontrado. É comum a prática intensa de exercícios físicos, podendo causar danos aos ligamentos e aos músculos. Também pode ocorrer o uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite e de hormônios tireoidianos.

As complicações clínicas são mais freqüentes nos pacientes bulímicos com padrão purgativo mais intenso, sendo geralmente menos graves que na anorexia nervosa (Quadro 2).

Quadro 2 – Complicações físicas na bulimia nervosa

Pele e anexos	Calosidade no dorso da mão, pela lesão da pele com os dentes ao provocar vômito (sinal de Russel); erosão do esmalte dentário; cáries.
Sistema gastrointestinal	Dor abdominal, gastrite, esofagite, erosões gastroesofágicas, sangramentos, obstipação prolapso retal .
Sistema reprodutivo	Irregularidade menstrual.
Sistema metabólico	Desidratação, hipocalemia.
Outras alterações	Hipertrofia de glândulas parótidas decorrente dos vômitos, podendo ter aumento da fração de amilase produzida no local .

Quadro 2 – Complicações físicas na bulimia nervosa

Fonte: CORDÁS, SALZANO; RIOS (2004)

As complicações clínicas são decorrentes principalmente das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, dentre outras. Como na AN, parece haver uma ocorrência aumentada de transtornos do humor e de transtornos de ansiedade em pacientes com BN. Assim, um grande número de pacientes com BN (46% a 89%) evidencia um transtorno depressivo associado em algum momento de sua evolução clínica. Particular atenção deve ser dada a ocorrência de transtornos de personalidade e de abuso de substâncias no diagnóstico das pacientes com BN. O abuso de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também podemos encontrar o abuso múltiplo de substâncias (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A bulimia é um diagnóstico diferencial da AN. Diferente da AN do tipo purgativo, na BN as pacientes conseguem manter o peso dentro do limiar de normalidade na maioria dos casos (cerca de 70%) ou, discretamente abaixo deste (15%), sendo que as pacientes restantes podem estar até acima do peso (15%) (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

3.4 TRATAMENTO NUTRICIONAL

Segundo Silva e Mura (2007) não há, exatamente, um tratamento específico para todos os casos dos transtornos alimentares; há uma abordagem individual adequada ou bem-sucedida. As diretrizes, no entanto, mostram que medicamentos, terapia cognitivo-comportamental e terapia nutricional são os aspectos que devem ser trabalhados na tentativa de evitar os períodos de restrição calórica rigorosa e quebra do ciclo de ingestão alimentar excessiva seguida de purgação. A hospitalização pode ocorrer em um momento de descontrole da doença, em que só o tratamento ambulatorial não é suficiente para conduzir o caso.

O tratamento deve ser executado sempre por uma equipe multidisciplinar, com atendimento psiquiátrico, psicológico e nutricional, uma vez que vários fatores contribuem para o aparecimento e manutenção dos transtornos alimentares. Essa descrição leva em conta uma equipe mínima, embora durante estágios de tratamento seja necessário a adesão de equipe de enfermagem, acompanhante terapêutico, terapeuta ocupacional, educador físico ou outro profissional. Ressalta-se a importância da aliança dessa equipe com o paciente como forma de assegurar a adesão ao tratamento (FISHER et al apud PHILIPPI e ALVARENGA, 2004).

A associação da anorexia e da bulimia com outra doença psiquiátrica, como a depressão, é muito comum. Em caso de episódios compulsivos, o uso de antidepressivos pode ser necessário. Devido às complicações clínicas decorrentes dos transtornos alimentares, que envolvem risco de morte, é fundamental avaliar aspectos físicos e laboratoriais durante o período de tratamento.

Para Mahan e Escott-Stump (2005) os pacientes com distúrbios alimentares parecem possuir conhecimentos abrangentes sobre nutrição. Apesar disso, a educação nutricional é um componente essencial no seu plano de tratamento.

Muitos pacientes perdem quantidade suficiente de tempo lendo informações sobre nutrição, entretanto sua fonte de consulta pode não ser confiável e sua interpretação potencialmente distorcida pela doença. A desnutrição pode prejudicar a habilidade do paciente de entender e processar novas informações.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa realizada é do tipo transversal. Segundo Vieira e Hossne (2003) estudos transversais são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foi realizada uma pesquisa com 43 estudantes do curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), sendo todas do sexo feminino, faixa etária entre 18 e 25 anos e cursando do primeiro ao oitavo período.

4.3 COLETA DE DADOS

Os questionários foram aplicados durante o período de agosto e setembro de 2009.

As informações foram obtidas no consultório da clínica de nutrição, mediante convite anterior para o comparecimento, as participantes que concordaram em participar também assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram aplicação de um questionário socioeconômico (apêndice A) seguido dos questionários referentes aos transtornos alimentares Eating Attitudes Test – EAT e Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo – BITE (anexos A e B).

O EAT-26 – Teste de Atitudes Alimentares resumido (Gross et al., 1986) – tradução de Nunes et al. (1994), é um teste que avalia os riscos de se desenvolver comportamento e atitudes típicos de pacientes com anorexia nervosa.

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

Para a classificação quanto a presença de risco para o desenvolvimento de anorexia foi atribuído valor positivo (EAT+) para $EAT > 20$ e valor negativo (EAT -) para $EAT < 20$.

O segundo questionário consiste em 33 questões de auto-preenchimento e serve como medida da gravidade dos sintomas e da resposta ao tratamento para bulimia nervosa. Consiste em duas sub-escalas de pontuação: a Escala Sintomática, para avaliar o grau dos sintomas presentes, e a Escala da Gravidade, que fornece um índice da gravidade do comportamento compulsivo e purgativo, definido pela freqüência em que ocorrem (HENDERSON; FREEMAN, 1987). A classificação segundo o BITE é a seguinte:

Escala de sintomas

1. Escore maior ou igual a 20: presença de comportamento alimentar compulsivo com grande possibilidade de preencher critérios diagnósticos para bulimia pelo DSM-III-R (APA, 1987).
2. Escore entre 10 e 19: sugestivo de padrão alimentar não usual. Em geral, não estão presentes todos os critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista clínica. Escores de 15 a 19 devem ser obrigatoriamente seguidos de entrevista.

Podem representar um grupo subclínico de indivíduos com alimentação compulsiva, bulímicos em estágio inicial ou bulímicos em recuperação.

3. Escore abaixo de 10: normalidade.

Escala de gravidade

1. Escore maior ou igual a 10: indica alto grau de gravidade.
2. Escore maior que 5: indica estado clínico comprometido.

Ambos os teste avaliam itens como imagem corporal, peso ideal, peso atual, frequência alimentar, episódios de alimentação excessiva, situação sócio-econômica.

Foram coletados dados antropométricos, para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A classificação do IMC foi feita de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), para adultos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO QUANTO AOS FATORES SOCIOECONÔMICA

Participaram da pesquisa 43 estudantes do gênero feminino do curso de nutrição da FARN, as mesmas apresentam faixa etária entre 18 e 25 anos devido à maior prevalência de distúrbios alimentares nesse grupo como mostra Cordás; Salzano; Rios (2004) que diz, os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino.

A escolha pelo sexo feminino deveu-se à maior prevalência de distúrbios alimentares nesse grupo, como foi observado por Connors e Johnson (1987), que, ao revisarem 17 estudos anteriores sobre BN, verificaram que as taxas de BN segundo os critérios de diagnóstico do DSM-III variaram de 5% a 20% para as mulheres e de 0% a 5% para os homens.

Além da Bulimia a Anorexia Nervosa também é mais comum em mulheres, esse distúrbio tem prevalência em pessoas jovens (entre 15 e 25 anos), e do sexo feminino (95% dos casos ocorrem em mulheres). Muitos especialistas acreditam que a influencia da mídia é a principal causa de distúrbios alimentares.

No tocante ao estado civil pode-se perceber que a maioria das estudantes 81,4% (n= 35) são solteiras e 18,6% (n=8) são casadas, o gráfico abaixo nos mostra essa situação.

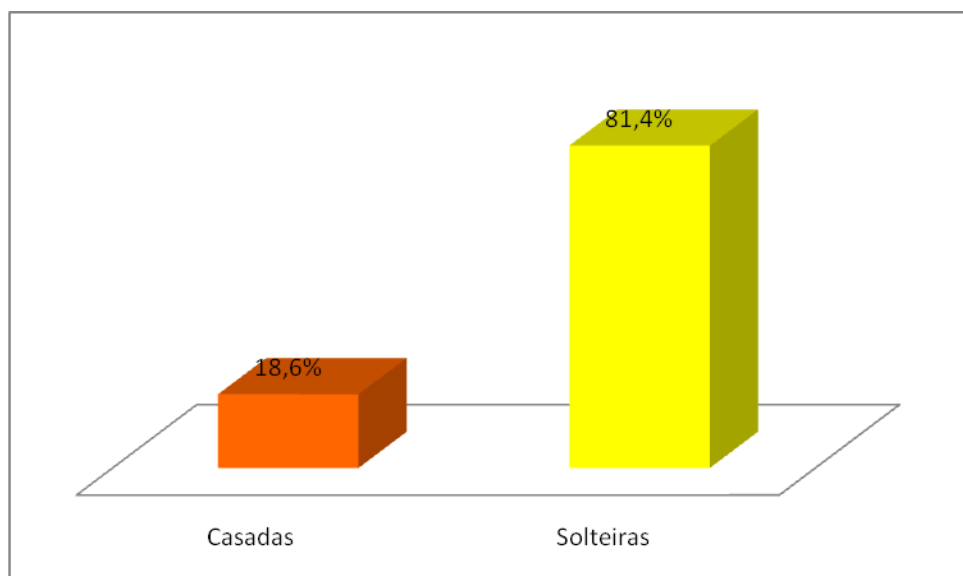


Gráfico 1: Classificação do estado civil das estudantes do curso de nutrição.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Possivelmente por se tratar de um estudo em universitárias o percentual de mulheres solteiras é mais elevado do que o de casadas.

Quando questionadas com quem moram atualmente as jovens responderam 67,4% (n=29) com os pais podendo ser apenas o pai ou a mãe, 18,6% (n=8) delas moram com seus maridos e este é o mesmo número de jovens casadas, 9,3% (n=4) residem com familiares (avôs, tios, primos) e apenas 4,6% (2) das participantes moram sozinhas (gráfico 2).

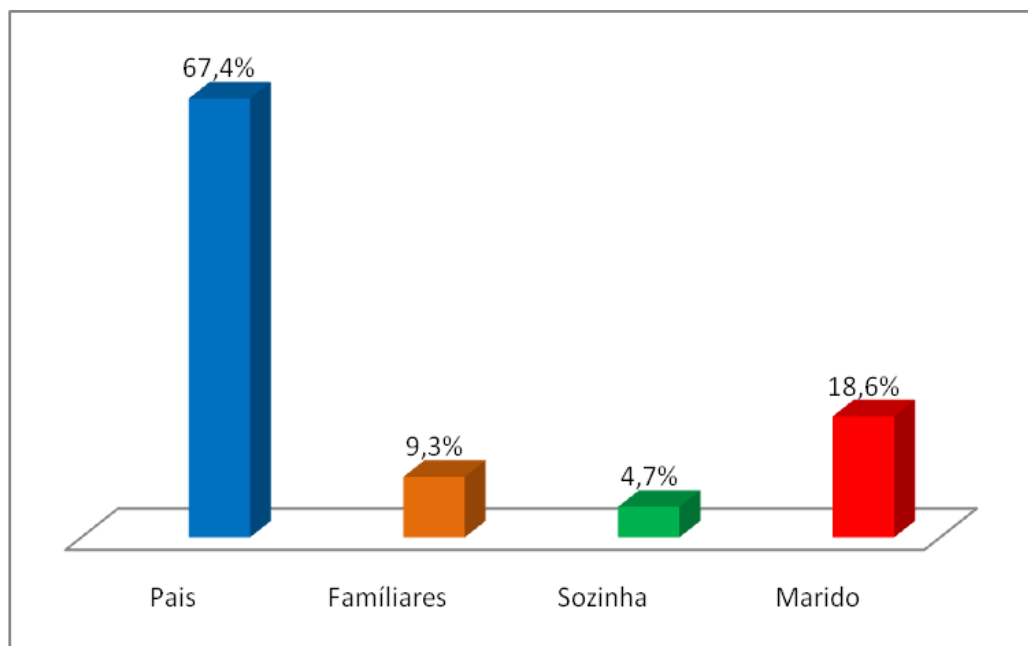


Gráfico 2: Classificação quanto a moradia atual das estudantes do curso de nutrição.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

A maioria das entrevistadas mora com seus pais; o mesmo número de casadas são as que afirmaram morar com seus maridos e as demais moram com familiares ou sozinhas, devido virem do interior ou de outra cidade.

Para Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) do ponto de vista subjetivo, indivíduos com anorexia consideram suas famílias estáveis, sem conflitos, coesas e não se queixam de falta de cuidados ou atenção. Já observadores externos notam que, quando comparados a famílias de indivíduos normais, as famílias dos anoréxicos são mais rígidas, intrusivas e tendem a evitar os conflitos. Já as pacientes com bulimia descrevem as famílias como mais perturbadas, mal organizadas e se queixam da falta de afeto e cuidados, características confirmadas pela observação externa. Contudo, não é certo se tais características estão

presentes antes do estabelecimento do transtorno. Uma relação distante e pouco afetiva com o pai também parece estar prospectivamente associada a dificuldades alimentares na adolescência.

A situação socioeconômica das participantes foi identificada através da renda familiar em salários mínimos (SM), foram obtidos os seguintes resultados: 11,6% (n=5) apresenta uma renda entre 3 e 6 SM, 28% (n=12) entre 6 e 9 SM e 60,4% (n=26) recebem mais de 10 SM (gráfico 3).

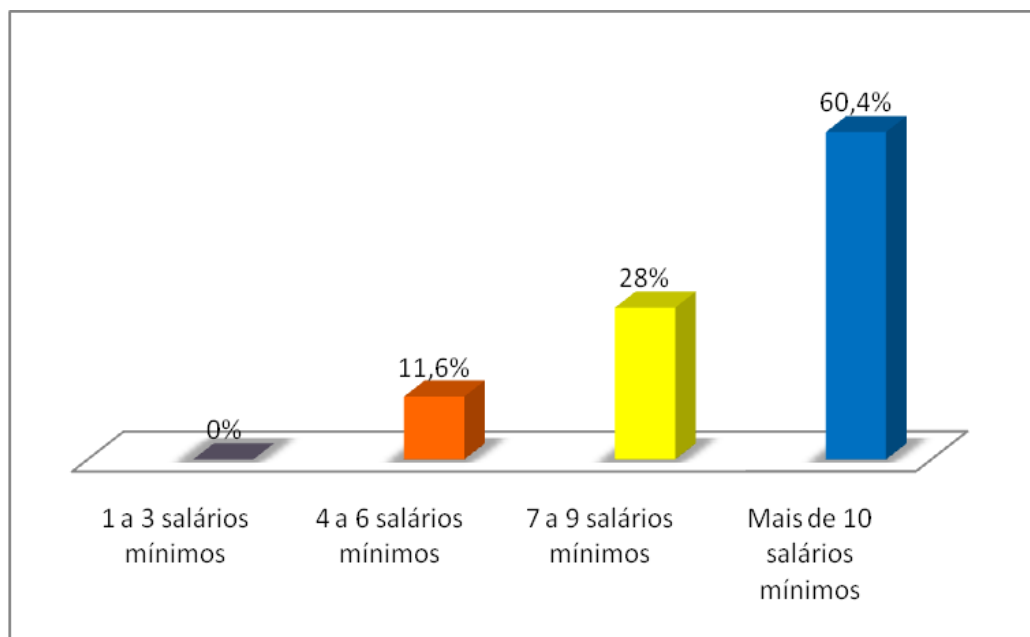


Gráfico 3: Distribuição da renda familiar (salários mínimos) das estudantes do curso de nutrição.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Foi obtida uma maior prevalência de jovens com renda familiar acima de 10 salários mínimos isso pode ser justificado pelo público alvo da pesquisa, que são estudantes de uma faculdade particular.

Tradicionalmente, acreditava-se que os Transtornos Alimentares (TA) limitavam-se a um grupo constituído por mulheres jovens, brancas, pertencentes à elite e residentes em países ricos, contudo vem sendo contestado pelo número crescente de relatos de TA em países em desenvolvimento e em diferentes etnias. Isto exemplifica, mais uma vez, o papel da mídia e da urbanização na predisposição aos TA. De fato, um maior grau de urbanização parece aumentar a chance de TA, sendo o grau de urbanização mais relacionado à BN do que à AN. A urbanização levaria a uma maior exposição ao ideal de magreza através da mídia além de

propiciar mudanças de hábitos alimentares (ex., "fast-foods"), sedentarismo e um maior número de pessoas com sobrepeso e obesidade (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

5.2 FATORES DE RISCO E SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

O EAT-26 mostrou o seguinte resultado: 7% (n=3) alunas apresentaram escore maior ou igual a 20, 16% (n=7) alunas apresentaram escores de 10 a 19 e 77% (n=33) alunas apresentaram escores de 0 a 9, sendo assim 7% apresentam EAT+ e 93% EAT-. O gráfico abaixo representa esse resultado.

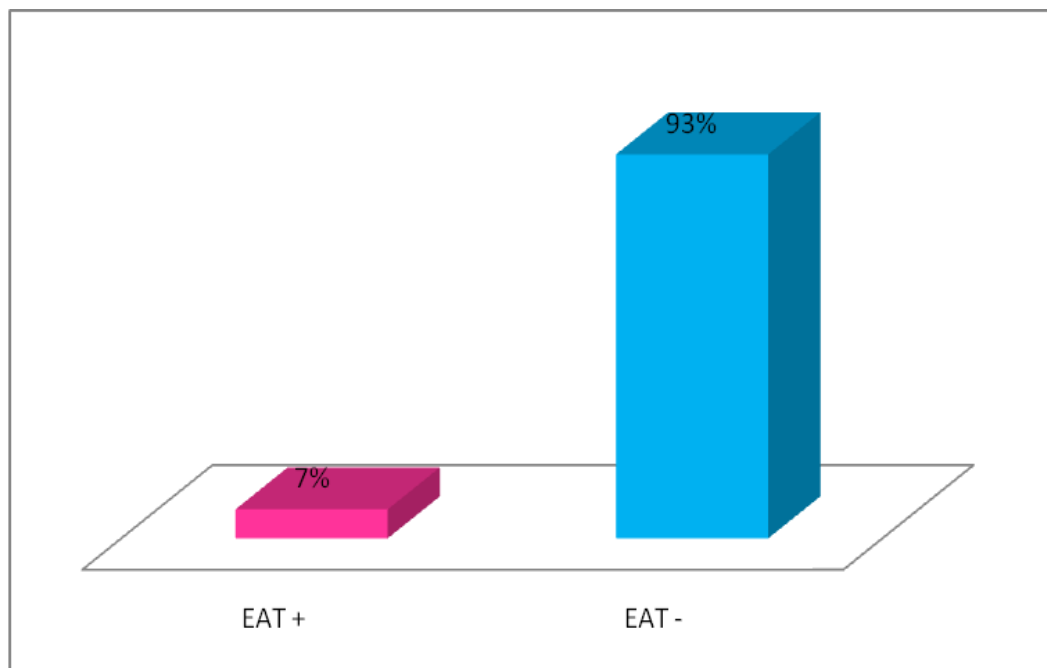


Gráfico 4: Resultado da aplicação do questionário EAT-26 nas estudantes do curso de nutrição.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Do total de estudantes apenas 7% foram classificadas com EAT+, em um trabalho semelhante de Castro e Goldstein (1995), onde os mesmos encontraram um percentual de 20%. Pastore et al. (1996) encontraram 15%, e consideram este o máximo esperado para este grupo populacional.

Já em um estudo realizado por Dunker e Philippi (2003) os resultados encontrados de acordo com o EAT-26, foram os seguintes, 59 alunas (21,1%) com

um escore positivo (EAT+). O restante da população 78,9% (n=220) foi considerado como EAT- (sem sintomas). Esse estudo apresentou valores bem superiores aos encontrados nessa pesquisa.

BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (Henderson e Freeman, 1987) – tradução de Cordás, Hochgraf (1993), permite identificar comedores compulsivos e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia nervosa.

Inicialmente o questionário ajuda na classificação das participantes através da sua própria visão corporal e também trazem perguntas básicas que auxiliam na percepção de alguns tipos de desvios de conduta alimentar e fisiológicas.

Os resultados da pesquisa com relação ao BITE foram os seguintes: segundo a escala de sintomas que avalia o grau dos sintomas presentes, nenhuma das participantes apresentou escores maiores ou iguais a 20, 7% (n=3) alunas tiveram escores entre 10 e 19 e 93% (n=40) alunas tiveram escores abaixo de 10. Conforme mostra o gráfico abaixo.

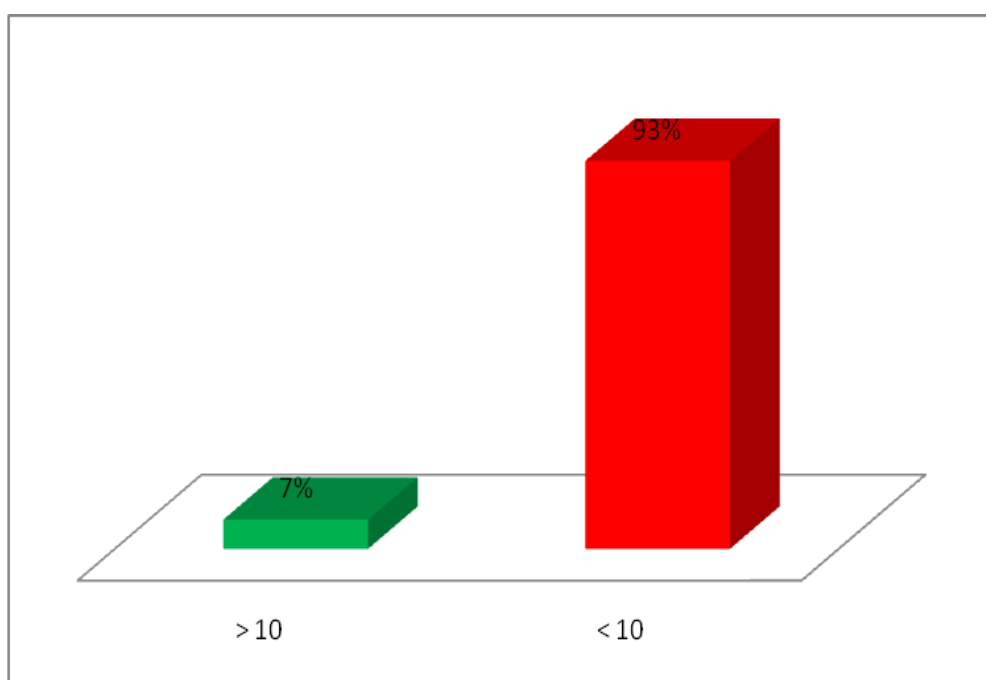


Gráfico 5: Resultado da aplicação do questionário BITE referente a escala de sintomas nas estudantes do curso de nutrição.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Quando comparados com os resultados do estudo realizado por Souza et al (2002) onde segundo a escala de sintomas, 3,5% (n=7) das alunas tiveram escores

maiores ou iguais a 20, 23,1% (n=46) alunas tiveram escores entre 10 e 19 e 72,4% (n=144) alunas tiveram escores abaixo de 10.

Já com relação à escala de gravidade do BITE que mede a gravidade do comportamento compulsivo e purgativo, definido pela frequência com que eles ocorrem, ninguém apresentou escores maiores ou iguais a 10 e 4,7% (n=2) alunas apresentaram escores de 5 a 9.

No estudo de Souza et al (2002) com relação à escala de gravidade do BITE, quatro (2%) alunas tiveram escores maiores ou iguais a 10 e quatro (2%) alunas apresentaram escores de 5 a 9. Podemos dizer que tanto na escala sintomática como na de gravidade não há grande diferença nos resultados se levarmos em consideração o número de pessoas participantes da pesquisa.

Segundo Cordás e Neves (1999), os questionários EAT-26 e BITE vêm sendo utilizados em diversos países. Têm sido apontados como escalas mais utilizadas nos estudos sobre transtornos alimentares, indicando boa performance no rastreamento de transtornos alimentares.

5.3 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO O IMC

Os valores de IMC (Kg/m^2), calculados a partir do peso e altura, revelaram que a maioria da amostra (60,6%) encontrou-se dentro do valor médio (eutrófico), outra parte bastante significativa da amostra (23,3%) apresentaram sobrepeso, os demais 6,9%, 6,9% e 2,3% referem-se a magreza, obesidade de grau I e obesidade de grau II respectivamente (gráfico 6).

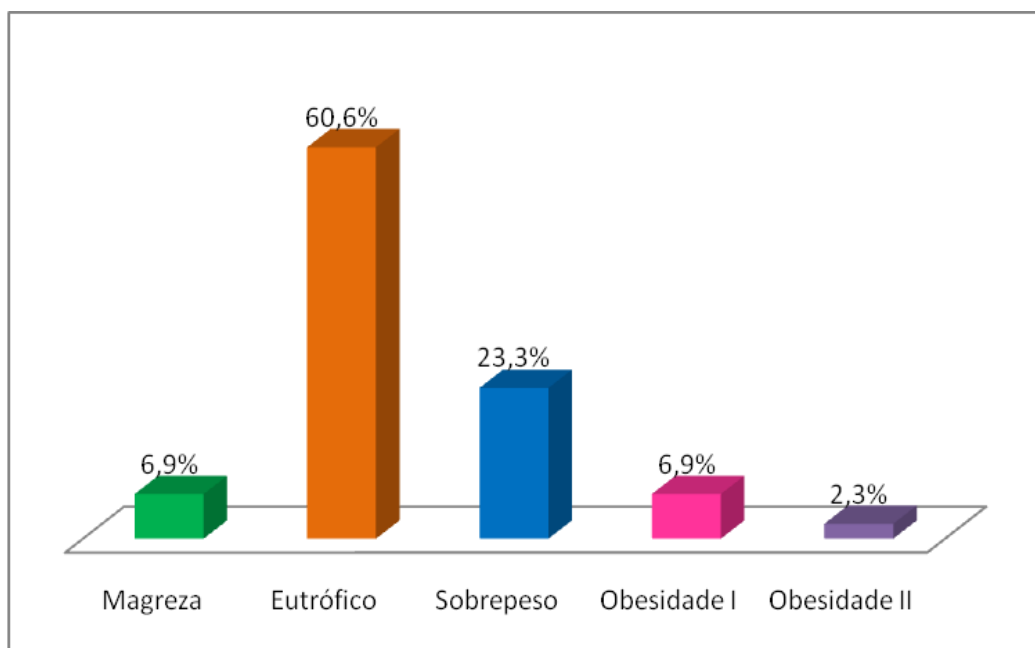


Gráfico 6: Classificação do estado nutricional segundo o IMC das estudantes do curso de nutrição.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

No que se refere ao IMC o resultado foi satisfatório já que um número bastante significativo das alunas encontram-se eutroficas ou com um leve sobrepeso, também foram encontrados percentuais de magreza e obesidade porém seus valores não são tão significativos como os demais.

A literatura refere maior incidência de distúrbios alimentares em alguns grupos ocupacionais: modelos, atrizes, atletas e nutricionistas parecem estar particularmente mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares, seja pelo consumo alimentar deficiente ou excessivo (Nunes, 1998).

Pertencer a grupos profissionais como atletas, bailarinas, modelos e nutricionistas reforçam a demanda por um corpo muito magro, aumentando o risco de TA. Não está esclarecido ainda se o ambiente teria uma influência como desencadeante ou se pessoas já predispostas a desenvolver TA tenderiam a procurar tais profissões ((Morgan; Vecchiatti e Negrão, 2002).

Para Fiates e Salles (2000) as futuras nutricionistas estão em contato constante com o alimento; sabem que "boa aparência" pode ser uma importante medida de valor pessoal rumo a uma profissão de sucesso. Além disso, possuem conhecimentos quantitativos e qualitativos a respeito dos alimentos que praticamente as obrigam a manterem-se de acordo com os rígidos padrões estéticos

vigentes. Estes fatores podem sugerir que as estudantes de nutrição estão inseridas em um ambiente mais favorável ao desenvolvimento de distúrbios nutricionais.

Quando perguntadas como se sentiam com relação ao seu peso 32 participantes afirmaram estar com seu peso médio, 6 afirmam estar gorda, 3 muito gorda e apenas 2 referem estar com baixo peso. Apesar do grande número de satisfação das entrevistadas com relação ao peso, quando questionadas se este era o seu peso ideal 20 disseram que não. Todas as participantes responderam que tinham períodos menstruais regulares.

5.4 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Quando questionadas sobre a frequência alimentar 74,4% afirmaram tomar café da manhã todos os dias da semana, 18,6% 5 dias e apenas 7% 3 dias da semana. Com relação ao almoço 90,7% realização essa refeição todos os dias, 7% 5 dias e 2,3% 3 dias na semana. Quando perguntas sobre o jantar 86% fazem essa refeição os 7 dias da semana e 14% 5 dias. O lanche foi o item mais equilibrado onde 39,5% lancha todos os dias, 34,9% 5 vezes na semana e 25,6% apenas 3 vezes na semana. Esses valores podem ser confirmados no gráfico 7.

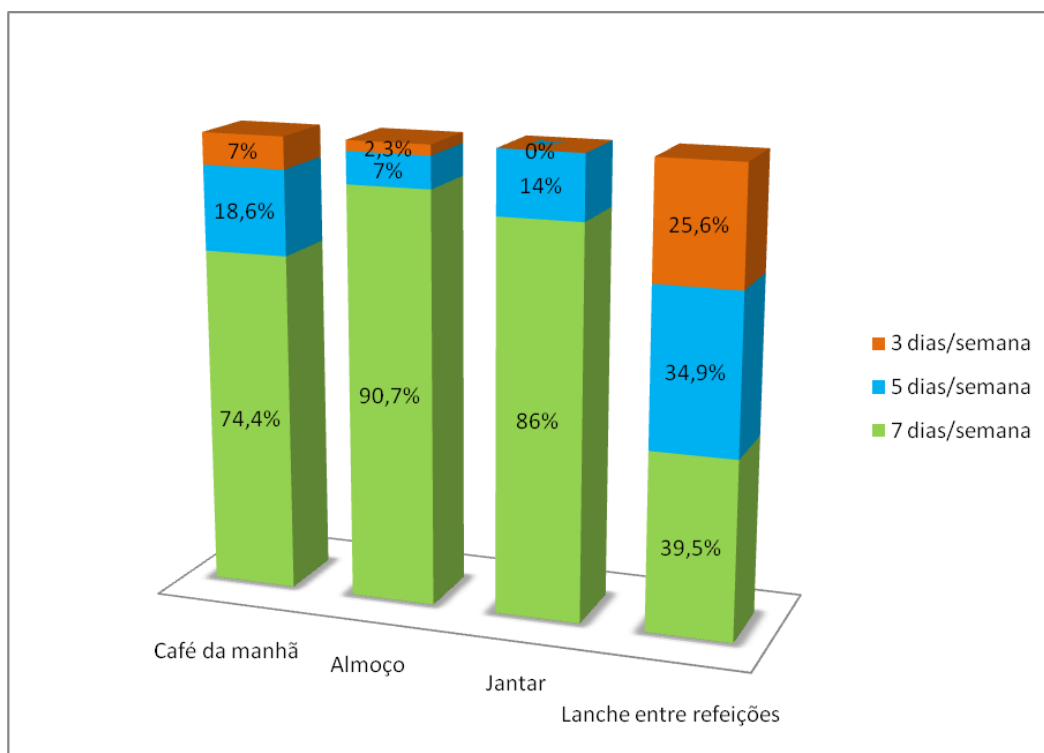


Gráfico 7: Frequência da realização das refeições/dia das estudantes do curso de nutrição

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Com relação a frequência com que são realizadas as refeições/dia grande maioria faz as 3 refeições básicas (desjejum, almoço e jantar), os lanches ficaram bem equilibrados entre as opções existentes no questionário, mesmo se tratando estudantes de nutrição que sabem da importância de realizar 5 a 6 refeições/dia.

A maioria das entrevistadas já teve orientação profissional com a finalidade de fazer regime e também para obtenção de alguns esclarecimentos (orientações), provavelmente isto se deve ao fato de todas as participantes serem estudantes do curso de nutrição. As mesmas também foram perguntadas se alguma vez fizeram parte de alguma sociedade para emagrecimento apenas 2 pessoas afirmaram já ter participado desse tipo de grupo. Todas as envolvidas na pesquisa dizem nunca ter apresentado nenhum problema alimentar.

O questionário auto-preenchível aplicado, apesar de extenso, foi respondido em sua totalidade pela população de estudo, sugerindo clareza de linguagem e compreensão dos itens. Apesar desse procedimento não se mostra suficiente para se estabelecer um diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, uma vez que várias perguntas podem ter sido interpretadas de forma equivocada pelas respondentes (SOUZA et al, 2002).

Encontramos uma preocupação excessiva com o consumo de produtos dietéticos, e o hábito freqüente de fazer dieta, comportamentos característicos de indivíduos suscetíveis aos distúrbios alimentares. Estes apresentam preferências alimentares e atitudes em relação aos alimentos, que os leva a ingerir somente alimentos considerados "seguros" (SUNDAY; HALMI, 1997).

Outras características observadas com freqüência nos questionários foram: o desejo de ser mais magra e intolerância ao excesso de peso. O medo mórbido de engordar, o constante desejo de perder peso e a distorção da imagem corporal são sinais evidentes dos transtornos alimentares, e estão altamente relacionados com o seu desenvolvimento (GIDWANI; ROME, 1997apud WALSH; DEVLIN, 1998).

6 CONCLUSÃO

- Quando as características sócio-econômicas, um elevado número das entrevistadas apresentou uma renda salarial considerada alta (mais de 10 salários mínimos) isso teve ter ocorrido devido o estudo ter sido realizado em uma faculdade particular.
- O estudo permite concluir que, foram encontrados baixos índices de fatores de risco e presença de sintomas para o desenvolvimento de transtornos alimentares na população estudada.
- As estudantes apresentaram um estado nutricional satisfatório já que a maioria apresentou o IMC na faixa de eutrofia.
- Quanto ao consumo alimentar, as alunas mostram um bom resultado visto que um grande número de estudantes realiza as três principais refeições do dia (café da manhã, almoço e jantar).
- Vale ressaltar que os resultados podem ter sido influenciados já que o método utilizado para detecção de distúrbios se baseou exclusivamente em questionários de autopreenchimento e esse procedimento não se mostra suficiente para se estabelecer um diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, uma vez que várias perguntas podem ter sido interpretadas de forma equivocada.

REFERÊNCIAS

WIKIPÉDIA. **ANOREXIA NERVOSA**. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa>. Acesso em: 31 out. 2008.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, dez 2000.

BALLONE, G. **Transtornos alimentares**. 2003. Disponível em:
<http://gballone.sites.uol.com.br/temas/alimen_inde.html>. Acesso em: 18 set. 2008.

BIGHETTI, Felícia. **Tradução e validação do eating attitudes test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CORDÁS, Táki. **Transtornos alimentares**. 2005. Disponível em:
<<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=TranstornosAlimentares>>. Acesso em: 03 out 2008.

CORDÁS, Táki; NEVES, José. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.26, n.1, jan/fev 1999.

CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T., RIOS, S.R. Anorexia Nervosa In: PHILIPPI, Sonia; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares uma visão nutricional**. São Paulo: Malone, 2004. p. 39-62.

DUNKER, K.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**. Campinas v.16 n.1 jan./mar. 2003.

FIATES, Giovanna Medeiros; SALLES, Raquel. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de nutrição**, v.14. 7 nov. 2000. supl.1

MAGALHÃES, Vera C.; MENDONÇA, G. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.8, n.3, Set. 2005.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia Escott. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo, SP: Roca, 2005.

MORGAN, Christina M; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRAO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.24, p.18-23. dez. 2002. supl.3.

NUNES, M. A. A.. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul, 1998.

PHILIPPI, Sonia; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares uma visão nutricional**. 1. ed. São Paulo: Malone, 2004.

SEABRA, Bárbara G. M. et al. Anorexia e bulimia nervosa e seus efeitos sobre a saúde bucal. **Rev. Brasileira de Patologia Oral**. Natal, RN, jun, 2004.

SILVA, Sandra Maria Chemin da; MURA, Joana D'arc Pereira: **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo, SP: Roca, 2007.

SOUZA, F. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. **Revista Psiquiatria Clinica**, v.29. 2002.

TALBOTT, J. A. et al. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VILELA, João E. M. et al. Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, RJ, v.80, n.1, p.49-54. jan./fev. 2004.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para área de saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ. Campus, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tema: “Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em estudantes do curso de Nutrição da FARN”.

Pesquisadora: Anne Pollyana Nascimento dos Santos

Orientadoras: Carina Leite de Araújo Oliveira

1. Natureza da pesquisa: A Sra. está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade verificar os fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em estudantes do curso de Nutrição da FARN.
2. Participantes da pesquisa: Estudantes de graduação de Nutrição da FARN.
3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo a Sra. permitirá que a pesquisadora faça um estudo sobre seus conhecimentos em relação aos distúrbios alimentares, além de fazer uma avaliação antropométrica (verificar peso e altura). A Sra. tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sra.. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do e-mail da pesquisadora do projeto.
4. Sobre as entrevistas: A Sra. irá responder um questionário com perguntas objetivas sobre sua condição sócio-econômica. E nos outros questionários com perguntas objetivas e abertas para avaliar os seus hábitos alimentares e sua relação com a alimentação.
5. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Será feito apenas verificação do peso e altura para se fazer o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) e aplicação de questionários. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.

7. Benefícios: Ao participar desta pesquisa a Sra. não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa influenciar na promoção da saúde, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos no Trabalho de Conclusão de Curso.
8. Pagamento: A Sra. não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

RG: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

RG: _____

Contatos:

Pesquisadora: a_piris@hotmail.com

Orientadora: Prof^a Ms. Carina Leite de Araújo Oliveira

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO

1. Qual o seu estado civil?
 - a) Solteiro
 - b) Casado
 - c) Divorciado
 - d) Viúvo
 - e) Outro.

2. Qual a renda mensal de sua casa?
 - a) 1 a 3 salários mínimos
 - b) 3 a 6 salários mínimos
 - c) 6 a 9 salários mínimos
 - d) Mais de 10 salários mínimos

3. Quem paga a mensalidade da sua faculdade?
 - a) Pais
 - b) Você
 - c) Tem bolsa de estudos
 - d) Outros Quem? _____

4. Com quem você mora atualmente?
 - a) Pais
 - b) Familiares (tios, avos, ...)
 - c) Sozinho
 - d) Amigos
 - e) Outros Com quem? _____

ANEXO

ANEXO A

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26) – Versão em Português

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas Vezez	Às Vezez	Poucas Vezez	Quase Nunca	Nunca
1 – Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 – Evito comer quando estou com fome.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 – Sinto-me preocupada com os alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 – Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 – Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 – Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 – Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 – Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 – Vomito depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 – Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 – Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 – Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 – As pessoas me acham muito magra.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 – Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 – Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 – Evito comer alimentos que contenham açúcar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 – Costumo comer alimentos dietéticos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 – Sinto que os alimentos controlam minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 – Demonstro auto-controle diante dos alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 – Sinto que os outros me pressionam para comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 – Passo muito tempo pensando em comer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 – Sinto desconforto após comer doces.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 – Faço regimes para emagrecer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 – Gosto de sentir meu estômago vazio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 – Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26 – Sinto vontade de vomitar após as refeições.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

Versão em Português Felicia Beghetti (2003)

ANEXO B

Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo

1. Qual é a sua altura? _____
2. Qual é o seu peso atual? _____
3. Qual é o peso máximo que você já apresentou? _____
4. Qual é o peso mínimo que você já apresentou? _____
5. Qual é, no seu entender, seu peso ideal? _____

6. Você se sente em relação a seu peso:

☐ muito gordo(a) (5)	☐ abaixo do peso (2)
☐ gordo(a) (4)	☐ muito abaixo do peso (1)
☐ médio(a) (3)	

7. Você tem períodos menstruais regulares?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

8. Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições?

	Todos os dias	5 dias/ sem.	3 dias/ sem.	1 dia/ sem.	Nunca
Café da manhã	1	2	3	4	5
Almoço	1	2	3	4	5
Jantar	1	2	3	4	5
Lanches entre as refeições	1	2	3	4	5

9. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser esclarecido(a) quanto à sua orientação?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

10. Você alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento ?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

12. Caso sim, descreva com detalhes:

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular?

☐ sim ☐ não

2. Você segue uma dieta rígida?

☐ sim ☐ não

3. Você se sente fracassado quando quebra sua dieta uma vez?

☐ sim ☐ não

4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?

☐ sim ☐ não

5. Você já jejuou por um dia inteiro?

☐ sim ☐ não

*6. Se já jejuou, qual a frequência?

☐ dias alternados(5) ☐ de vez em quando(2)
☐ 2 a 3 vezes por semana(4) ☐ somente 1 vez(1)
☐ 1 vez por semana(3)

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

x dia	Nunca	De vez em quando	1x/ sem.	2 a 3x/ sem.	Diariamente	2 a 3x/ sem.	5 ou +
tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7
tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
tomar laxantes	0	2	3	4	5	6	7
vômitos	0	2	3	4	5	6	7

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

☐ sim ☐ não

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

☐ sim ☐ não

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

☐ sim ☐ não

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?
() sim () não
12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho(a)?
() sim () não
13. Você sempre pode parar de comer quando quer?
() sim () não
14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?
() sim () não
15. Quando você se sente ansioso(a), tende a comer muito?
() sim () não
16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?
() sim () não
17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?
() sim () não
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares?
() sim () não
19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?
() sim () não
20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto?
() sim () não
21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição?
() sim () não
22. Você engana os outros sobre quanto come?
() sim () não
23. Quanto você come é determinado pela fome que sente?
() sim () não
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação?
() sim () não
25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal?
() sim () não
26. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)?
() sim () não
- *27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?
() quase nunca (1) () 1 vez por mês (2)

☐ uma vez por semana (3)

☐ 2 a 3 vezes por semana (4)

☐ diariamente (5)

☐ 2 a 3 vezes por dia (6)

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

☐ sim

☐ não

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

☐ sim

☐ não

30. Você já comeu escondido (a)?

☐ sim

☐ não

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

☐ sim

☐ não

32. Você se considera alguém que come compulsivamente?

☐ sim

☐ não

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

☐ sim

☐ não

Fonte: CORDÁS e NEVES, 1999.