

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO BULÍMICO E
SUA ASSOCIAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL E
ESTADO NUTRICIONAL EM UNIVERSITÁRIAS
INGRESSANTES NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

**Florianópolis
Abril de 2007**

Monalisa Cenci

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO BULÍMICO E
SUA ASSOCIAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL E
ESTADO NUTRICIONAL EM UNIVERSITÁRIAS
INGRESSANTES NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

Orientador: Professor Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

Florianópolis, Abril de 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

A dissertação intitulada

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO BULÍMICO E SUA ASSOCIAÇÃO COM
IMAGEM CORPORAL E ESTADO NUTRICIONAL EM UNIVERSITÁRIAS
INGRESSANTES NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

apresentada por Monalisa Cenci

foi aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial a obtenção do título de

MESTRE EM NUTRIÇÃO
Área de concentração: Metabolismo e Dietética

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Cardoso Garcia Tramonte
Departamento de Nutrição – UFSC
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Nutrição

Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
Departamento de Nutrição – UFSC
Orientador

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
(Presidente)

Prof^a. Dr^a. Marle dos Santos Alvarenga

Prof^a. Dr^a. Karen Glazer de Anselmo Peres

Prof^a. Dr^a. Giovanna Medeiros Rataichesk Fiates

DISSERTAÇÃO DEFENDIDA E APROVADA EM 24 DE ABRIL DE 2007.

Dedico este trabalho...

...À Judith, minha Mãezinha amada, por ser um exemplo de força, paciência e perseverança;
...Ao meu Amor, Fred, por iluminar minha vida com a poesia de sua presença;
...Ao meu Pai, Olivar, pela compreensão demonstrada na minha ausência;
...E aos três juntos, por acreditarem em mim, mesmo quando tudo não passava de um sonho.

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, por tudo;

Ao professor Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos, por fazer parte, não apenas desta, mas de trajetórias importantes em minha vida, marcadas pelo incentivo constante, pela confiança em minha capacidade, pela busca do meu crescimento profissional; e também por toda a paciência, compreensão, amizade e carinho demonstrados durante toda nossa convivência;

Às professoras membros da banca: Marle Alvarenga, Karen Peres e Giovanna Fiates, pelas importantes contribuições;

À professora Dr^a. Karen Glazer Peres e ao professor Dr. Marco Aurélio Peres pelas competentes orientações e pelas importantes contribuições feitas durante a criação, o desenvolvimento e a finalização do trabalho; e também pela amizade e apoio;

Às alunas de Graduação em Nutrição Vanessa, Giovana, Cristine, Melina, Mariana, Carla e Patrícia pela excelente dedicação ao trabalho desenvolvido durante a coleta de dados; e também pela amizade estabelecida entre nós;

A todas as alunas selecionadas para participar da amostra, por terem se disposto a participar, ou ainda, pela atenção prestada aos meus objetivos;

Aos Coordenadores dos Cursos de Graduação pelo apoio, interesse e atenção despendidos com a pesquisa;

À Universidade Federal de Santa Catarina, não só por ser minha segunda “casa”, mas também por ceder suas alunas para que minha pesquisa se realizasse;

Às alunas de Graduação em Nutrição que voluntariamente se propuseram a fazer parte do Projeto Piloto e assim, foram responsáveis pelo meu primeiro passo na coleta dos dados;

À minha amiga Paula, por acreditar em mim e em minha pesquisa desde o verão de 2004-2005, e por ter sempre lindas e fortes palavras para que eu não enfraquecesse;

À minha colega e amiga Emilaura Alves por todas as informações, pelos relatos que tranquilizavam e pela paciência;

Às minhas colegas de Mestrado Arlene, Lalucha, Gisele, Mirele, Elisângela e (novamente) Paula; e também ao colega Juarez por estarem ao meu lado durante todo o processo, dividindo angústias e somando conquistas;

Ao colega de Mestrado Fernando pela valiosa orientação relacionada à antropometria;

À colega Larissa por estarmos sempre “no mesmo barco”;

Ao meu amigo Cid, que fez parte também dessa etapa, mantendo minha mente e meu corpo saudáveis;

Aos meus professores: Marilda, Maria Helena e Luciano por transformarem as aulas em horários de alegria e descontração;

À minha família “emprestada”, os “Godinho e Silva”: Heloísa, Nilton, Lô e Nany por estarem sempre de portas e braços abertos para me receber, como filha e como irmã, tanto nos momentos de angústia como nos momentos de alegria;

Aos meus amigos: Bi, Tiago, Ana Karina, Ivonete, Marco, Ricardo, Neto, Fran, Regi, Lisi, Taci, Jana, não apenas pelos momentos de descontração, de alegria e de carinho, mas também pelas palavras de conforto;

À minha amiga e colega de trabalho Renata, pela luz acesa, pela televisão desligada, pelo silêncio no quarto do hotel e, muito mais do que isso, pelo interesse, incentivo e confiança em meu trabalho;

Ao meu irmão, Vitor, pela compreensão nos momentos de nervosismo;

Ao meu pai, Olivar, pelo interesse e constante preocupação;

Ao meu irmão, Luciano, pela compreensão e pelo apoio, mesmo distante;

À minha família “adotiva” os “de Freitas Taves”: Mary, Kiko e Rafa pelo carinho, pela confiança e pela amizade;

Em especial, a Frederico (Anjo), por acreditar, acalmar e auxiliar em todos os momentos;

À minha Mãe, Judith, por estar sempre ao meu lado, acreditando e rezando por mim.

RESUMO

Os transtornos alimentares caracterizam-se por graves perturbações no comportamento alimentar e apresentam dois diagnósticos principais: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A bulimia nervosa é caracterizada por comer de maneira excessiva, seguida do uso de métodos extremos para conter os efeitos da superalimentação. O objetivo principal deste estudo foi estimar a prevalência de comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estado nutricional de universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A seleção da amostra foi realizada aleatoriamente de forma sistemática, sendo que a amostra final foi composta de 220 universitárias ingressantes no primeiro semestre letivo de 2006. O comportamento bulímico foi identificado de acordo com a pontuação obtida no Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE). A avaliação da imagem corporal foi investigada por meio do Questionário de Imagem Corporal (*Body Shape Questionnaire* – BSQ 34). O estado nutricional foi identificado com base no Índice de Massa Corporal (IMC). A variável ‘comportamento bulímico’ foi analisada segundo idade, estado nutricional, satisfação com imagem corporal, renda familiar mensal e escolaridade materna. A prevalência de sintomas de bulimia nervosa foi de 3,6% (IC 95%: 1,1 – 6,1), sendo que a prevalência de sintomas sub-clínicos foi de 11,8% (IC 95%: 7,5 – 16,1) e de comportamentos alimentares não usuais 20,9% (IC 95%: 15,5 – 26,3). A prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 20% (IC 95%: 14,7 – 25,3). Com base no *Odds Ratio* ajustado percebeu-se que as universitárias que manifestaram insatisfação com a imagem corporal apresentaram 15,4 vezes mais chances de desenvolver comportamento bulímico.

Descritores: bulimia nervosa, imagem corporal, universitárias.

ABSTRACT

Eating disorders involve serious disturbances in eating behaviors and present two main syndromes: anorexia nervosa and bulimia nervosa. Bulimia nervosa consists on excessive eating attitude, followed by the appliance of extreme methods in order to refrain the effects of overeating. The main goal of this study was to estimate the prevalence of bulimic behavior and this association to body image, and nutritional state of women that just started university studies at Federal University of Santa Catarina (UFSC), Southern Brazil. The systematic random sample analyzed had 220 undergraduate students belonging to the first term of 2006 admission. The bulimia nervosa behaviors were identified in accordance with the score level obtained on the Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE). The evaluation of body image was investigated through the Body Shape Questionnaire – BSQ 34. The nutritional state was identified by the Body Mass Index (BMI). The variable “bulimia nervosa behavior” was analyzed by a cross-sectional study performed with other variables (age, nutritional state, satisfaction with body image, family’s monthly income, and mother’s study level). The prevalence of bulimia nervosa symptoms was 3.6% (95% CI 1.1;6.1), while the prevalence of sub-clinical symptoms was 11.8% (95% CI 7.5;16.1) and non-usual eating behaviors was 20.9% (95% CI 15.5;26.3). The prevalence of non-satisfaction with body image was 20% (95% CI 14.7;25.3). Through the Odds Ratio (OR) adjustment it was observed that the undergraduate students unsatisfied with their own body images had 15.4 times more chances of developing bulimia nervosa behavior.

Keywords: bulimia nervosa, body image, undergraduate students.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA BULIMIA NERVOSA (CID 10) __ 27**
- QUADRO 2 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA BULIMIA NERVOSA (DSM IV)._ 28**
- QUADRO 3 - SUBESCALA DE SINTOMAS PARA BULIMIA NERVOSA DE ACORDO COM O TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGO (BITE) _____ 30**
- QUADRO 4 - SUBESCALA DE GRAVIDADE PARA BULIMIA NERVOSA DE ACORDO COM O TESTE DE INVESTIGAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGO (BITE) _____ 31**
- QUADRO 5 – CLASSIFICAÇÃO REFERENTE À SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL DE ACORDO COM O BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ) ____ 32**
- QUADRO 6 – CLASSIFICAÇÃO PERCENTILAR DO IMC PARA ADOLESCENTES _ 34**
- QUADRO 7 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO _____ 41**
- QUADRO 8 – PONTOS DE CORTE ESTABELECIDOS PARA DIAGNÓSTICO DE ESTADO NUTRICIONAL. _____ 47**
- QUADRO 9 – ADAPTAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA PONTUAÇÃO TOTAL DO BSQ - 34 PARA CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL ‘SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL’ _____ 48**
- QUADRO 10 – ADAPTAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA PONTUAÇÃO TOTAL DO BITE PARA CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL ‘COMPORTAMENTO BULÍMICO’ – DESFECHO I. _____ 48**
- QUADRO 11 – ADAPTAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA PONTUAÇÃO TOTAL DO BITE PARA CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL ‘COMPORTAMENTO BULÍMICO’ – DESFECHO II. _____ 49**
- QUADRO 12 – ADAPTAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA PONTUAÇÃO TOTAL DO BITE PARA CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL ‘COMPORTAMENTO BULÍMICO’ – DESFECHO III. _____ 49**

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL PARA INDIVÍDUOS ADULTOS COM BASE NO IMC	35
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES DE MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DE DISPERSÃO PARA AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E ANTROPOMÉTRICAS DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC, FLORIANÓPOLIS (SC).	52
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC, FLORIANÓPOLIS (SC) EM 2006.	53
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DA CATEGORIZAÇÃO DO BITE PARA O DESFECHO I, O DESFECHO II E O DESFECHO III DA PESQUISA COM UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC, FLORIANÓPOLIS (SC).	54
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E FAIXA ETÁRIA.	56
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E RESIDÊNCIA.	56
TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.	57
TABELA 8 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E ESCOLARIDADE MATERNA (4 ANOS DE ESTUDO).	57
TABELA 9 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E ESCOLARIDADE MATERNA (8 ANOS DE ESTUDO).	58

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E ESCOLARIDADE PATERNA (4 ANOS DE ESTUDO). _____	58
TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E ESCOLARIDADE PATERNA (8 ANOS DE ESTUDO). _____	58
TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E RENDA FAMILIAR MENSAL EM SALÁRIOS MÍNIMOS. _____	59
TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E ESTADO NUTRICIONAL. _____	59
TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO PARA O DESFECHO III DAS UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC SEGUNDO COMPORTAMENTO BULÍMICO E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL. _____	60
TABELA 15 – ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A PRESENÇA DE COMPORTAMENTO BULÍMICO (BITE +). ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA. POPULAÇÃO DE UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2006 NA UFSC, FLORIANÓPOLIS – SC. _____	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES	17
2.2	PANORAMA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES	19
2.2.1	Fatores Associados	19
2.2.2	Panorama Internacional dos Transtornos Alimentares	20
2.2.3	Panorama Nacional dos Transtornos Alimentares	21
2.3	BULIMIA NERVOSA	22
2.3.1	Definição	22
2.3.2	Panorama da Bulimia Nervosa	25
2.3.3	CrITÉrios DiagnÓsticos da Bulimia Nervosa	26
2.4	MÉTODOS ESCOLHIDOS PARA AVALIAÇÃO DA BULIMIA NERVOSA	29
2.4.1	Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE)	29
2.4.2	Questionário de Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire - BSQ)	31
2.4.3	Inquérito Antropométrico	32
2.4.3.1	Índice de Massa Corporal	33
2.5	OBJETIVOS	36
2.5.1	Objetivo Geral	36
2.5.2	Objetivos Específicos	36
3	MÉTODO	37
3.1	População de Estudo	37
3.2	Delineamento do Estudo	37
3.3	Procedimento Amostral	37
3.3.1	Cálculo do Tamanho da Amostra	37
3.3.2	Seleção da Amostra	37
3.3.2.1	CrITÉrios de Inclusão	38
3.3.2.2	CrITÉrios de Exclusão	38
3.4	TREINAMENTO DA EQUIPE DE PESQUISA	39
3.5	ESTUDO PILOTO	39
3.6	COLETA DE DADOS	41
3.6.1	Variáveis Demográficas e Sócio-Econômicas	43
3.6.2	Comportamento Bulímico	43
3.6.3	Satisfação com a Imagem Corporal	44
3.6.4	Variáveis Antropométricas	44
3.6.4.1	Peso	44
3.6.4.2	Estatura	45

3.7	ANÁLISE DOS DADOS	45
3.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA	49
3.9	ASPECTOS ÉTICOS	50
3.10	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	50
4	RESULTADOS	51
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA	51
4.2	ESTADO NUTRICIONAL	52
4.3	COMPORTAMENTO BULÍMICO E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL	53
4.3.1	Comportamento Bulímico	53
4.3.2	Satisfação com a Imagem Corporal	59
4.4	RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A PRESENÇA DE COMPORTAMENTO BULÍMICO	60
5	DISCUSSÃO	63
6	CONCLUSÃO	74
7	REFERÊNCIAS	76
8	APÊNDICE	89
8.1	APÊNDICE A – Distribuição, por Curso de Graduação na UFSC, das estudantes que compuseram a amostra investigada. Florianópolis, abril de 2007.	90
8.2	APÊNDICE B – Distribuição dos valores de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas das universitárias do curso de Nutrição da UFSC que compuseram a amostra do teste piloto ou estudo de harmonização. Florianópolis, 2006.	91
8.3	APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados	92
8.4	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido enviado aos coordenadores de curso	93
8.5	APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido enviado às estudantes selecionadas	94
9	ANEXO	95
9.1	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos / UFSC	95

1 INTRODUÇÃO

A alimentação está envolta nos mais diversos significados, de aspectos culturais a experiências pessoais. As práticas alimentares, que englobam desde os procedimentos relacionados com a preparação do alimento até o seu consumo, estão relacionadas à identidade cultural, ao nível de informação e educação, à condição social, à religião, à organização familiar, assim como à memória e à época em que ocorre esta experiência. Esta complexa rede, que constitui as representações sobre alimentação e que, por sua vez, acabam orientando o comportamento alimentar, não é regida, necessariamente, pela coerência, ou seja, ela existe circunstancialmente, imposta por uma dada situação (CAMBRAIA, 2004; GARCIA, 1997; CANESQUI, 1988).

Neste contexto, o ato de comer não será totalmente compreendido se forem considerados apenas os indicadores nutricionais, ele encontra-se associado à natureza cultural do homem, ou seja, não significa apenas suprir as necessidades nutricionais, mas sim, amplia-se a um objeto de desejo, veículo de modismos, e pode apresentar como conseqüências consumos alimentares anormais (SILVA e SOUZA, 2004).

Contribuindo para uma dieta nutricionalmente desequilibrada, as indústrias de alimentos e a mídia exercem pressão sobre os hábitos alimentares da população e, ao mesmo tempo em que oferecem o alimento rápido, prático e apetitoso, também influenciam na preocupação constante com o tamanho e a forma corporal. Dessa forma, as mulheres tornam-se vulneráveis às pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos e encontram-se insatisfeitas com sua forma corporal. A valorização da magreza feminina, transformando-a em expressão de atração sexual, e o medo de ser uma pessoa obesa fazem com que um número cada vez maior de mulheres busque alguma fórmula de dieta e de controle do peso. Considerando essas atitudes como um pré-requisito para sucesso e felicidade, elas praticam ginástica de forma exaustiva ou fazem uso de laxantes, diuréticos ou drogas que inibam o apetite. Além disso, a procura por cirurgias estéticas também vem aumentando. Ou seja, a sociedade impõe o corpo magro como modelo de beleza, mas não considera a saúde e as constituições físicas da população (PHILLIPS, MENARD, FAY, WEISBERG, 2005; CAMBRAIA, 2004; BEATTY e FINN, 1995; KILLEN *et al.*, 1993).

Soma-se a isso o fato da mídia mostrar as dietas e exercícios físicos unicamente como maneiras de tornar-se mais saudável. Fato esse facilmente verificado quando se frequenta bancas de revistas e jornais, ou até mesmo livrarias, onde é possível encontrar diversos livros e revistas que recomendam programas de emagrecimento rápido, assim como dietas que são

consideradas “a última moda”. Entretanto, não fica claro para as leitoras que estas fórmulas para emagrecer podem, em algum momento, resultar em algum dano ao organismo (IZENBERG, 2004; ROMARO e ITOKAZU, 2002).

O período de ingresso na universidade pode ser considerado uma fase de formação da identidade, onde os indivíduos encontram-se confusos e sujeitos às pressões sociais vindas do mundo exterior, principalmente às pressões da mídia com relação aos hábitos alimentares. A maioria dos estudantes universitários, em especial aqueles que freqüentam as primeiras fases, encontram-se em uma etapa caracterizada pela transição da adolescência para a idade adulta. Este período, além de estar associado às alterações biológicas da adolescência, associa-se às alterações em tarefas individuais e sociais relacionadas com a carreira e com o estilo de vida. Dessa forma, a população universitária torna-se vulnerável aos modelos que são à ela apresentados, o que pode colocá-la em circunstâncias de risco à saúde (VITOLLO, BORTOLINI, HORTA, 2006; VIEIRA *et al.*, 2002; ABERASTURY e KNOBEL, 1992).

Dessa forma surgem as restrições alimentares, normalmente relacionadas com a insatisfação com a forma corporal (CAMBRAIA, 2004; DUNKER e PHILIPPI, 2003; CARVALHO *et al.*, 2001; CASTRO e GOLDESTEIN, 1995).

Neste contexto emergem os transtornos alimentares, um grupo de doenças psiquiátricas às quais os profissionais da saúde devem estar bem atentos para obter o diagnóstico precoce, pois apresentam grande número de manifestações clínicas (FAGUNDES e OLIVA, 2005).

O Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM IV (2002, p. 556) categoriza os transtornos alimentares em dois diagnósticos principais: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

A anorexia nervosa é caracterizada por perda de peso intensa e intencional às custas de dietas extremamente rígidas com busca desenfreada pela magreza, além de distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (CORDÁS, 2004).

A bulimia nervosa, por sua vez, é um transtorno alimentar caracterizado por um quadro clínico onde ocorre o sintoma de comer excessivamente seguido de purgação. A pessoa sente medo de ficar acima do peso e está consciente de que seu padrão alimentar é anormal (PECKENPAUGH & POLEMAN, 1997). A ingestão excessiva de alimentos normalmente ocorre após o início de uma dieta e consiste de alimentos com altas densidades calóricas e fáceis de serem ingeridos. Em seguida, um sentimento de culpa toma conta da consciência do indivíduo e acaba levando-o a procurar alguma forma de purgação. Depois da purgação, um novo período de restrição alimentar é iniciado.

A maioria dos indivíduos acometidos por bulimia nervosa é do sexo feminino,

aproximadamente 90% em amostras clínicas e populacionais. A idade de manifestação está entre os 14 e 20 anos, mais freqüentemente aos 18 anos, e a prevalência entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de aproximadamente 1-3% (WAITZBERG, 1997; DSM –IV, 2002).

Com relação ao tratamento, cerca de 60% dos casos tendem a ir bem, 30% apresentam fases de melhora com algumas recaídas e em torno de 10% não tem boa evolução e precisam ser internadas com freqüência (SALZANO, 2005).

Desse modo, nota-se a importância do desenvolvimento de estudos sobre bulimia nervosa em mulheres adolescentes e adultas jovens. Estudos estes que busquem analisar o comportamento alimentar associado a distúrbios que indiquem sintomas precoces de bulimia nervosa, contribuindo assim para o conhecimento deste transtorno alimentar pela sociedade e pela comunidade científica.

O presente estudo constitui-se de uma dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, que descreve os resultados de uma pesquisa de delineamento transversal, cujo objetivo geral foi estimar a prevalência de comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estado nutricional de universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares apresentam descrições históricas que datam desde a Antigüidade. Entretanto a primeira definição que caracteriza os transtornos alimentares da forma que os conhecemos hoje data de 1964, quando Gerald Russell caracterizou a anorexia nervosa¹. Apesar da primeira descrição ter surgido em 1964, diversas outras tentativas de definição de transtornos alimentares têm sido observadas. Claudino e Borges (2005, p. 25) sugerem que a definição mais completa é a de Fairburn (2002) que considera transtorno alimentar como “distúrbio persistente do comportamento alimentar ou comportamento voltado para controlar o peso que prejudica de maneira significativa a saúde física ou o funcionamento social”. Considera ainda que “este distúrbio não deve ser secundário a qualquer acometimento reconhecido da saúde física em geral (por ex., tumor hipotalâmico) ou qualquer outro transtorno psiquiátrico (por ex., transtorno da ansiedade)”.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - DSM IV (2002, p. 556) os transtornos alimentares caracterizam-se por graves perturbações no comportamento alimentar.

O início do transtorno alimentar pode ocorrer quando a pessoa, que muitas vezes possui o peso adequado, começa a fazer dieta e, a partir do momento em que a perda de peso passa a ser visível, ela perde o ponto de equilíbrio. De maneira mais detalhada, durante o desenvolvimento dos transtornos alimentares, três etapas podem ser apontadas. A primeira delas seria a exposição a fatores de risco que aumentariam a chance de aparecimento do transtorno alimentar, onde os fatores predisponentes seriam de caráter pessoal. A segunda etapa seria caracterizada pela ocorrência de fatores precipitantes da doença e marcaria o início do aparecimento dos sintomas alimentares. E a terceira etapa seria responsável pelo aparecimento dos fatores mantenedores que, interagindo com os fatores protetores, seriam determinantes da perpetuação ou não do transtorno. Como fatores mantenedores para esta última etapa, é possível citar as alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão e purgação (MORGAN e

¹ Gerald Russell foi professor e consultor em Psiquiatria do Royal Free Hospital em Londres, sendo que, em 1979 ele mudou-se para o Instituto de Psiquiatria no Maudsley Hospital, também em Londres, onde formou um grupo de estudo em transtornos alimentares. (Wikipedia – consultado em 11/03/07 às 16hs45min).

CLAUDINO, 2005; SALZANO, 2005).

Sendo assim, os fatores predisponentes para o desenvolvimento de transtornos alimentares tornam o indivíduo vulnerável e costumam estar presentes antes do aparecimento do transtorno em questão. Esses fatores incluem vários aspectos, alguns específicos para transtornos alimentares e outros que podem determinar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em geral. Neste contexto, o transtorno alimentar pode surgir através de perdas, separações, mudanças, doenças orgânicas, depressão, ansiedade e, até mesmo traumas de infância como, por exemplo, o abuso sexual (MORGAN e CLAUDINO, 2005; PAXTON, 1998).

Além de existirem os fatores predisponentes, os transtornos alimentares apresentam também causas consideradas multifatoriais, que acometem principalmente adolescentes e mulheres jovens em idade reprodutiva, e podem ocorrer por influências genéticas, ambientais, psicológicas, comportamentais ou por fatores socioculturais, como a cobrança que as mulheres sofrem com relação aos papéis que têm que desempenhar na sociedade (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; SALZANO, 2005; MORGAN e CLAUDINO, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2003; CORDÁS e SEGAL, 1995).

As mulheres que apresentam transtornos alimentares possuem em comum extrema preocupação com o peso corporal e a dieta a ser seguida, além de insatisfação e distorção da imagem corporal e, ainda, costumam ser resistentes ao tratamento. Entre as distorções da imagem corporal, comuns em indivíduos que apresentam transtornos alimentares, pode-se citar: o pensamento dicotômico, ou seja, o indivíduo possui pensamentos extremos e críticos relacionados com sua aparência; a comparação injusta, que ocorre devido à comparação com padrões extremos; e, por último, a atenção seletiva, quando o indivíduo acredita que os outros possuem os mesmos pensamentos que ele no que diz respeito a sua aparência (SAIKALI, SOUBHIA, SCALFARO e CORDÁS, 2004).

Devido a estas variações nas manifestações clínicas, os transtornos alimentares são um grupo de doenças psiquiátricas que exigem atenção dos profissionais de saúde no sentido de realizar o diagnóstico precocemente (FAGUNDES e OLIVA, 2005).

Segundo Assumpção e Cabral (2002, p. 29), os transtornos alimentares apresentam várias complicações clínicas que estão associadas ao comprometimento do estado nutricional e às práticas compensatórias inadequadas para controle de peso. Entre estas alterações clínicas é possível citar: metabólicas e eletrolíticas; relacionada com a hiperfosfatemia; neurológicas; oftalmológicas; endócrinas; gastrointestinais; renais e bucomaxilares. Como consequência das complicações, a morte destes pacientes pode vir a ocorrer, subitamente, por parada cardíaca

(SALZANO, 2005).

É considerado um agravante importante dos transtornos alimentares o fato do problema se estender por um longo período de tempo sem ser diagnosticado, o que leva ao aparecimento de comorbidades e agravos à saúde. Considera-se que esta situação está associada ao sentimento de negação da condição patológica, que é muitas vezes consequência dos tabus existentes em torno dos sintomas (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005).

O DSM IV (2002, p. 556) categoriza os transtornos alimentares em dois diagnósticos principais: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

A anorexia nervosa é caracterizada pelo emagrecimento intenso através da restrição alimentar com objetivo de alcançar a magreza, da recusa em readquirir o peso ideal para a idade e altura do paciente, da distorção da imagem corporal e da ausência de ciclos menstruais. Após vários anos, concluiu-se que o termo anorexia não seria o mais pertinente psicologicamente, pois o indivíduo não apresenta real falta de apetite. Na verdade, o que ocorre é uma negação da fome e do apetite e um controle obsessivo da forma corporal, e por isso, o termo alemão “pubertaetsmagersucht” que significa “adolescentes em busca de magreza” apresenta-se mais adequado (SALZANO e CORDÁS, 2005).

A bulimia nervosa, por sua vez, foi inicialmente descrita como variante da anorexia nervosa. O termo bulimia nervosa, de acordo com Sapoznik, Abussamra e Amigo (2005, p. 50), foi introduzido na literatura médica em 1979, por Gerald Russel, e descreve um transtorno mental de ordem alimentar caracterizado por perda do controle em relação à comida, ou seja, consumo de quantidade de comida definitivamente superior àquela consumida pela maioria das pessoas em um período curto de tempo. Seguido a este episódio de compulsão ocorre a busca de métodos purgativos compensatórios.

2.2 PANORAMA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Para elaboração deste tópico foi realizado um levantamento nas bases eletrônicas de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO-Br) e Pubmed no período entre agosto de 2005 e agosto de 2006. Foram utilizados os seguintes unitermos: bulimia, transtornos alimentares, distúrbios alimentares, imagem corporal.

2.2.1 Fatores Associados

Aproximadamente $\frac{3}{4}$ das mulheres que apresentam o peso dentro do considerado fisiologicamente satisfatório sentem-se acima do peso e desejam emagrecer (YAGER 1992).

De acordo com Moses *et al.* (1989, p. 393), que estudou 326 adolescentes norte-americanas do sexo feminino, 51% das que apresentavam baixo peso na avaliação antropométrica relatavam possuir medo de ficar acima do peso e 36% relatavam preocupação com a gordura corporal.

Outro estudo realizado nas escolas de Madrid, na Espanha, durante o período acadêmico de 1993-1994, com alunos que apresentavam média de idade de 15,05 anos ($\pm 0,98$ anos), constatou por meio do Eating Disorder Inventory (EDI), que 4,7% das meninas e 0,9% dos meninos apresentavam alguma síndrome relacionada à alimentação (MORANDÉ, CELADA e CASAS, 1999). Demais estudos epidemiológicos desenvolvidos neste mesmo país, no ano de 1998, indicaram que aproximadamente 100.000 Espanhóis com idade entre 14 e 24 anos possuíam transtornos alimentares ou eram caracterizados com alto risco de desenvolver estes distúrbios. Devido à preocupação com estes dados, foi criado um grupo de trabalho que busca agir no campo da saúde, educação, publicidade e marketing. Entre as propostas desenvolvidas estão introduzir novas leis relacionadas aos tamanhos das roupas femininas e, com relação às propagandas veiculadas na mídia, estas apresentarem modelos que estejam “em harmonia com a realidade social” (BOSCH, 1999).

2.2.2 Panorama Internacional dos Transtornos Alimentares

Com relação aos estudos realizados sobre Transtornos Alimentares, pode-se citar a pesquisa realizada em Toronto, Hamilton e Ottawa (Canadá) utilizando três questionários: *Eating Disorder Inventory* (EDI), *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26) e *Diagnostic Survey for Eating Disorders* (DSED), que apontou atitudes e comportamentos relacionados a transtornos alimentares em 27% das meninas que possuíam idade entre 12-18 anos. E ainda, concluiu-se que este dado parece apresentar um aumento gradativo no decorrer da adolescência (JONES *et al.*, 2001).

Desta mesma maneira, em Sydney, Austrália, um estudo realizado com 440 garotas de escolas particulares enfatizou a forte relação existente entre a prática de dietas de restrição alimentar e os transtornos alimentares. As meninas que sentiam desejo de perder peso e faziam dieta constantemente mostraram-se mais propensas a desenvolver problemas de compulsão alimentar. Entretanto, as meninas que se encontravam satisfeitas com seu peso, nunca ou raramente faziam dieta de restrição alimentar (HUON; 1994).

Ainda na Austrália, na cidade de Victoria, foi realizado um estudo de coorte durante três anos com estudantes que possuíam idade entre 14 e 15 anos e estavam matriculadas em 44 escolas secundárias. Neste estudo foi utilizado o questionário auto-aplicável *Branched Eating*

Disorders Test além disso, foram realizadas medições de peso, altura e ainda, dieta, exercício e grau de saúde mental. Como resultados foram encontrados, no início do estudo, 3,3% das meninas e 0,3% dos meninos apresentando síndromes parciais de distúrbios alimentares. O padrão de desenvolvimento de novos distúrbios alimentares foi de 21,8 por 1000 pessoas/ano para as meninas e 6,0 por 1000 pessoas/ano para os meninos. Foi possível constatar ainda que meninas que faziam severas dietas de restrição alimentar apresentavam 18 vezes mais chances de desenvolver distúrbios alimentares do que aquelas que não faziam uso de programas dietéticos (PATTON *et al*, 1999).

Já em Québec, Canadá, a estimativa é de que 65.000 jovens, com idade entre 14 e 25 anos, apresentem alguma forma de transtornos alimentares sendo que, de cada 10 destes jovens 9 são do sexo feminino (BERGERON *et al*, 2003)

2.2.3 Panorama Nacional dos Transtornos Alimentares

No Brasil, em um estudo desenvolvido com alunos apresentando idade entre 7 e 19 anos, regularmente matriculados em escolas públicas de localidades no interior de Minas Gerais, Vilela *et al*. (2004, p. 49), constataram que ao aplicar o Teste de Atitudes Alimentares (EAT) 13,3% dos alunos apresentavam possíveis casos subclínicos de transtornos alimentares.

Também utilizando o Teste de Atitudes Alimentares (EAT) em estudantes do sexo feminino com idade entre 15 e 18 anos, freqüentadores do ensino médio de uma escola particular de São Paulo, Dunker em 1999 observou que 21,1% apresentavam sintomas de anorexia nervosa, sendo que a maioria destas adolescentes apresentava-se eutrófica (Dunker e Philippi, 2004).

Na região de Florianópolis, Fiates e Salles (2001 p. 3), aplicaram o Teste de Atitudes Alimentares (EAT) em alunas do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina e em alunas dos cursos desvinculados da área da saúde. De forma geral, 20% das estudantes apresentavam maiores propensões ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Entretanto, estes resultados foram maiores para as alunas do Curso de Nutrição do que para as alunas dos outros cursos desvinculados da área da saúde. Entre as respostas encontradas com maior freqüência constatou-se o desejo de ser mais magra e a atividade física exaustiva com objetivo de perder peso.

Outro estudo, desenvolvido no ano de 2005 em Florianópolis, por Alves (2006), a partir da aplicação do Teste de Atitudes Alimentares (EAT) com crianças e adolescentes do ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas, constatou que a presença de sintomas de anorexia nervosa estava associada à faixa etária de 10 a 13 anos, à rede pública de ensino, ao

sobrepeso e a obesidade e à insatisfação com a imagem corporal, sendo essa última a variável de maior risco para a manifestação dos sintomas.

2.3 BULIMIA NERVOSA

2.3.1 Definição

De acordo com Cordás e Claudino (2002, p. 5), a auto-indução do vômito é um comportamento bastante antigo. Assim, no antigo Egito, grande parte do papiro de Éber foi dedicado ao estímulo e às virtudes do ato de vomitar. Para o historiador grego Heródoto (420 a.C. – 485 a.C.) “todas as doenças do homem seriam oriundas da comida”. Acreditando nisso, os egípcios vomitavam e usavam purgantes todo mês. Por sua vez, sabe-se que na medicina grega Hipócrates seguia esta mesma premissa. Os romanos criaram o *vomitorium* justamente com o objetivo de alimentar-se em excesso durante os banquetes. Com relação aos purgantes, eles eram populares na Idade Média e, juntamente com os eméticos, dominavam o arsenal terapêutico.

Estes mesmos autores colocam ainda que a história do termo bulimia foi considerada por Parry Jones (1991) derivado do grego: *bous* (boi) e *limos* (fome), ou seja, um apetite tão grande que poderia levar a comer um boi, ou quase. Entre os séculos XV e XVII variantes do termo como “bulimus” e “bolismos” derivados do latim ou “bolisme” derivado do francês foram empregados na literatura médica.

Entretanto, segundo Claudino e Borges (2005, p 32), Gerald Russel foi o primeiro a caracterizar a bulimia nervosa independente da anorexia nervosa e para isso foi necessário considerar três características que acabaram formando a base do diagnóstico: impulsos irresistíveis para comer em excesso; métodos compensatórios de purgação e medo mórbido de engordar. Sendo assim, considera-se que a bulimia nervosa apresenta alguns aspectos semelhantes aos da anorexia nervosa, entre eles cita-se a distorção da imagem corporal e o medo mórbido de engordar (ASSUNÇÃO, CORDÁS e ARAÚJO, 2002).

A bulimia nervosa é caracterizada por comer de maneira excessiva, com pouco ou nenhum prazer, ou seja, um “apetite insanável de origem nervosa”, seguida do uso de métodos extremos (purgação) para conter os efeitos da superalimentação. Acredita-se que indivíduos que apresentam uma alimentação irregular e uma dieta atípica podem ser mais suscetíveis ao aparecimento dos sintomas. Ela apresenta sua definição baseada em dois ou mais episódios de *binge eating* (ingestão descontrolada de uma grande quantidade de alimentos, em um espaço

curto de tempo caracterizado por aproximadamente duas horas) onde o consumo alimentar chega a ser acima de 5.000 kcal, pelo menos duas vezes por semana, durante três meses. É ainda característica deste transtorno a auto-avaliação influenciada pela forma e peso do corpo. Sendo assim, o indivíduo apresenta medo de ficar acima do peso, reconhece que segue um padrão alimentar anormal, mas não se sente capaz de controlar seu próprio comportamento alimentar e, dessa maneira, o transtorno pode se estender por muitos anos (FALLON, 2006; STICE, MARTINEZ, PRESNELL, GROESZ, 2006; SILVA e SOUZA, 2004; DUVERGER e MALKKA, 2003; DSM IV, 2002; CORDÁS E CLAUDINO, 2002; HAY e BACALTCHUK, 2001).

Este distúrbio pode também ser conceituado como uma maneira de prevenir a absorção calórica por meio da purgação. Sendo assim, só seria permitido comer o suficiente quando ocorresse o episódio de purgação (ADA, 2001).

A manifestação da bulimia nervosa ocorre um pouco mais tarde do que a manifestação da anorexia nervosa, aproximadamente por volta de 18-19 anos, período caracterizado pelo final da adolescência e início da idade adulta (MARTIN, 2006; SALZANO, 2005).

Os pacientes com bulimia nervosa apresentam duas fases relacionadas ao comportamento alimentar: a fase restritiva e a fase compulsiva. Estas fases costumam alternar-se de forma desordenada e por isso é comum o padrão alimentar do bulímico ser descrito como caótico. Isto porque ele está sempre iniciando uma nova dieta e auto-impondo restrições alimentares e, conseqüentemente, consumindo quantidades extremamente pequenas dos alimentos considerados “proibidos”. Com o tempo percebe que o apetite às vezes aumenta e chega um dia em que ele apresenta uma vontade súbita, impulsiva e irresistível de consumir grandes quantidades do alimento “proibido” desencadeando um desejo exagerado de comer, independente de sua necessidade metabólica. Dessa forma, caracteriza-se o episódio bulímico, no qual o valor calórico ingerido é extremamente alto. Esse episódio de super-alimentação costuma ocorrer em local escondido e no momento em que o indivíduo encontra-se sozinho. A percepção do descontrole e do consumo calórico elevado desencadeia então sentimentos de desgosto de si mesmo, culpa, ansiedade e medo de engordar, levando aos comportamentos de purgação para controle de peso, exercícios físicos excessivos ou um novo período de restrição alimentar, ou seja, uma nova dieta. Assim, instala-se o ciclo “dieta → episódio bulímico → purgação”, que ilustra o fluxo da patologia alimentar (WEXLER, 2007; SALZANO, 2005; DEVORAES e FAGUNDES, 2005; DUVERGER e MALKKA, 2003; CORCOS *et al*, 2002; BUDRY, 2000; GUY-GRAND *et al*, 1997).

Para os episódios bulímicos e as refeições normais a escolha dos alimentos é variável e

diferenciada. Pode ocorrer de uma refeição iniciar-se de maneira normal e evoluir para um episódio bulímico. Sendo que, nos episódios bulímicos os alimentos mais frequentes são aqueles que o indivíduo normalmente rejeita com medo de ganhar peso como, por exemplo, arroz, carne, bolachas, bolos, tortas, sorvete, bala, chocolate, leite condensado, salgadinhos, biscoitos. Na intenção de “estufar” o estômago e facilitar o vômito são consumidos durante os episódios bulímicos líquidos como o refrigerante e o leite. São também encontrados com alguma frequência produtos *diet e light*. Durante a fase restritiva, caracterizada pelo período de dieta, são preferencialmente excluídos os carboidratos e as gorduras (DEVORAES e FAGUNDES, 2005).

Alvarenga e Philippi (2002, p. 210), relatam que o consumo excessivo de líquidos nos episódios bulímicos tem o objetivo de diluir o suco gástrico e facilitar o vômito. Com relação aos produtos dietéticos, estes provavelmente são consumidos durante os episódios de compulsão devido ao fato das pacientes tê-los em casa por causa da preocupação constante com as calorias.

Entre os comportamentos compensatórios recorrentes com objetivo de evitar as possíveis conseqüências dos alimentos que foram consumidos em excesso durante o episódio bulímico pode-se citar: vômito auto-induzido, abuso de laxantes e diuréticos, jejum e exercícios físicos extenuantes. Após esses comportamentos segue-se um estado de torpor, acompanhado de violentas dores físicas, principalmente abdominais. Como conseqüências destas práticas observam-se perdas de fluídos e eletrólitos, desequilíbrio ácido-básico, desequilíbrio eletrolítico, arritmias cardíacas, diminuição na concentração de potássio sérico (responsável pela contração muscular), halitose, salivação excessiva, distúrbios gastrintestinais, sangramento de esôfago, estômago e da mucosa bucal, aumento da glândula parótida, erosão e perda do esmalte dentário. Outros comportamentos característicos destes pacientes são o abuso de cafeína, o uso de medicamentos, hormônios tireoidianos, drogas anorexígenas, álcool e, eventualmente, cocaína (SALZANO, 2005; DUVERGER e MALKA, 2003; CORCOS *et al*, 2002; ASSUNÇÃO, CORDÁS e ARAÚJO, 2002; VILARDI, RIBEIRO e SOARES, 2001; BUDRY, 2000; CORDÁS e SEGAL, 1995 e BEATTY e FINN, 1995, FAIRBURN e COOPER, 1984).

Outras complicações citadas por Salzano (2005, p. 20) que podem surgir como conseqüência dos exercícios exagerados são lesões musculares e rompimento de ligamentos. Como conseqüências dos vômitos provocados com os dedos das mãos podem aparecer calosidades no dorso das mãos, chamadas de sinal de Russel. A bulimia nervosa também pode estar associada com episódios depressivos e abuso de inibidores do apetite. Vilela *et al*. (2004,

p.52), estudando um grupo de alunos constataram que naqueles com possível diagnóstico de bulimia nervosa era bastante comum o uso abusivo de laxantes, vômitos, comprimidos e diuréticos com o objetivo de perder peso.

Apesar de todas essas complicações e ao contrário da anorexia nervosa, a bulimia nervosa é difícil de ser identificada, pois os indivíduos mantêm a compulsão alimentar e o comportamento purgativo em segredo e, normalmente, não apresentam estado nutricional seriamente depletado. É comum o paciente conseguir ocultar os sintomas por muito tempo, justamente por manter seu peso corpóreo normal ou discretamente acima do normal e não apresentar conseqüências físicas visíveis ao olhar dos familiares ou leigos (SAPOZNIK, ABUSSAMRA e AMIGO, 2005; VILELA *et al.*, 2005; CORCOS *et al.*, 2002; ASSUNÇÃO, CORDÁS e ARAÚJO, 2002; HAY e BACALTCHUK, 2001).

2.3.2 Panorama da Bulimia Nervosa

Com relação à bulimia nervosa encontram-se poucos estudos realizados com adolescentes. O predomínio de estudos com adultos talvez seja explicado pelo fato da bulimia nervosa iniciar-se no final da adolescência e início da idade adulta e o tratamento normalmente ser procurado na idade adulta (ROMARO e ITOKAZU, 2002). Além disso, os estudos epidemiológicos sobre esse transtorno são recentes e não apresentam informações suficientes para confirmar ou inferir a idéia de aumento da incidência do problema (CRES, 2004; DUVERGER e MALKA, 2003; CORCOS *et al.*, 2002)

A bulimia nervosa é uma doença quase exclusivamente feminina e apresenta-se como o quadro mais prevalente dentre os transtornos alimentares, sendo encontrada em 1 a 4% das mulheres jovens (CORDÁS e SEGAL, 1995).

Ghazal *et al.* (2001, p. 338) desenvolveram uma pesquisa utilizando o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE) com dois grupos de estudantes de Casablanca no Marrocos, sendo um grupo de estudantes matriculados em uma escola Marroquina e o outro grupo de estudantes matriculados em uma escola Francesa. A prevalência de bulimia nervosa encontrada no grupo referente à escola Marroquina foi de 1,2% em garotas e 0,1% em garotos, a idade média dos indivíduos que apresentaram o distúrbio foi de 18,6 anos ($\pm 1,7$ ano). Com relação ao grupo da escola Francesa, a prevalência de bulimia nervosa foi de 1,9% em toda a amostra, sendo que nenhum caso foi encontrado entre garotos.

Com relação a estudos nacionais, Bosi e Oliveira (2004, p. 33) avaliando atletas adolescentes corredoras de fundo, que apresentavam média de idade de 16 anos, constataram que a massa corporal, a gordura corporal e o Índice de Massa Corporal (IMC) das meninas

estudadas encontravam-se dentro dos padrões normais. Entretanto, por meio da aplicação do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE), 35,6% das atletas apresentavam escores superiores ao limite da normalidade para comportamentos bulímicos.

Aplicando o BITE para uma população de mulheres de 12 a 29 anos residentes na zona urbana de Porto Aletre, RS, Nunes *et al.* (2001, p.24), concluíram que dentre o grupo de mulheres que apresentaram IMC normal, 19,2% das que se consideravam gordas na avaliação da imagem corporal apresentavam comportamento alimentar anormal, em contra partida, 5,7% das que se achavam normais apresentavam este comportamento.

Sobre o tratamento da bulimia nervosa coloca-se que cerca de 60% dos casos em tratamento tendem a ir bem, 30% apresentam fases de melhora com algumas recaídas e em torno de 10% não tem boa evolução e precisam ser internadas com frequência (SALZANO, 2005). De acordo com Fitcher *et al.*, em 2003, os dados de uma revisão mostraram que, passados 10 anos de tratamento, mais de ¼ dos pacientes ainda sofre com a bulimia nervosa crônica. Torna-se comum os pacientes apresentarem superestimação da forma corporal, tendência a fazer dietas, vulnerabilidade para super alimentação e baixa auto-estima mesmo após a remissão do quadro (SAPOZNIK, ABUSSAMRA e AMIGO, 2005).

2.3.3 Critérios Diagnósticos da Bulimia Nervosa

Para o diagnóstico da bulimia nervosa utilizam-se os critérios diagnósticos estabelecidos pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) /Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais DSM-IV, e pela Classificação Internacional de Doenças - CID 10.

Os critérios estabelecidos pelo o CID – 10 (10 ed, 1993) para diagnóstico de bulimia nervosa estão relacionados no **Quadro 1**, sendo que as características devem manifestar-se em conjunto para que exista o diagnóstico definitivo:

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para bulimia nervosa (CID 10)

Bulimia Nervosa
A. Há preocupação persistente com o comer e desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas pelo menos duas vezes na semana, durante o período de 3 meses.
B. O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas, como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.
C. A psicopatologia consiste no pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo do seu peso pré-mórbido que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há freqüentemente, mas não sempre, história de um episódio prévio de anorexia nervosa, e o intervalo entre os dois transtornos varia de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com perda de peso moderada e/ou fase transitória de amenorréia.

Fonte: *Classificação Internacional de Doenças*, 10 ed., 1993.

O DSM – IV (2002) aborda praticamente as mesmas características como critérios diagnósticos, entretanto esse sistema classificatório coloca a média da ocorrência dos comportamentos compensatórios e apresenta a divisão da bulimia nervosa em dois tipos: o tipo purgativo e o tipo sem purgação (**Quadro 2**):

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para bulimia nervosa (DSM IV).

Bulimia Nervosa
A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os aspectos:
(A1) ingestão em um período limitado de tempo (p.ex., dentro de 2 horas), de quantidade de alimentos definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria em circunstâncias similares;
(A2) sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (p. ex., sensação de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou o quanto está comendo).
B. Comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes, para prevenir o aumento de peso: auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média pelo menos 2 vezes por semana, durante 3 meses.
D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo
E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa
Especificar tipo:
Tipo purgativo: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas;
Tipo sem purgação: durante o episódio atual de bulimia nervosa, o indivíduo envolveu-se em outros comportamentos compensatórios inadequados, como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso de laxantes, diuréticos ou enemas.

Fonte: *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*, 2002.

2.4 MÉTODOS ESCOLHIDOS PARA AVALIAÇÃO DA BULIMIA NERVOSA

A partir dos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares feitos nas sucessivas edições do DSM e do CID foram criados distintos instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. Estes instrumentos têm sido bastante úteis, pois avaliam sintomas depressivos e ansiosos, imagem corporal, qualidade de vida e adequação social. Apesar de sua aplicabilidade, não são responsáveis por diagnosticar o transtorno em si, pois para isso faz-se necessário a entrevista clínica.

São encontradas três categorias de instrumentos de avaliação: questionários auto-aplicáveis, entrevistas clínicas e automonitoração. Os questionários auto-aplicáveis além de serem econômicos para avaliar um grande número de pessoas, são eficientes e fáceis de administrar, pois vários deles apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por considerarem vergonhoso, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face-a-face. Entretanto, uma limitação referente aos questionários auto-aplicáveis seria com relação a conceitos como o da compulsão alimentar que se tornam difíceis de avaliar com exatidão (FREITAS, GORENSTEIN e APOLINÁRIO, 2002).

2.4.1 *Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE)*

Entre os questionários auto-aplicáveis para diagnóstico e avaliação de comportamentos bulímicos, um dos mais conhecidos é o teste de investigação bulímica de Edinburgo (BITE), versão traduzida para o Português por Cordás e Hochgraf (1993) do original Henderson e Freeman (1987).

O BITE foi elaborado devido ao aumento da importância epidemiológica da bulimia nervosa e apresenta como objetivos rastrear e avaliar a gravidade desse transtorno. Em seu estudo original apresentou propriedades psicométricas adequadas para atingir o objetivo (HENDERSON e FREEMAN, 1987 *apud* FREITAS, GORENSTEIN e APPOLINÁRIO, 2002; CORDÁS e NEVES, 1999).

Este questionário, que apresenta uma versão traduzida para o Português por Cordás e Hochgraf (1993) do original Henderson e Freeman (1987), rastreia basicamente comportamentos bulímicos, tais como a ingestão exagerada de alimentos, e ainda métodos purgativos, comumente utilizados para compensar os episódios exagerados de alimentação como, por exemplo, a auto-indução de vômitos, a realização de jejum e dieta e o uso de fármacos para emagrecimento, entre eles laxantes e diuréticos. O instrumento é dividido em

duas subescalas: de sintomas e de gravidade, sendo que a escala de gravidade somente é utilizada quando o escore na escala de sintomas é superior a 10 (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; NUNES *et al.*, 2001).

Magalhães e Mendonça (2005, p. 240) em um artigo sobre a confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis colocam que com relação à avaliação do questionário para rastreamento de sintomas de bulimia nervosa, o BITE, foi observada estimativa pontual para Kappa de 0,85, considerada quase perfeita, com intervalo de confiança de (IC 95%) de 0,66 a 0,96, o que indica um bom desempenho desse instrumento quanto aos seus escores gerais. Também é considerado pelas autoras que o questionário foi respondido em sua totalidade pela população de estudo, o que mostra a clareza da linguagem e a compreensão dos itens. Sendo assim, os resultados desse estudo sugerem que a versão em português do BITE apresenta boa reprodutibilidade para ser aplicado com alunas ingressantes do sexo feminino em universidades públicas.

O instrumento é constituído de 33 questões, sendo que a pontuação para a escala de sintomas é feita computando-se para as questões 1, 13, 21, 23 e 31 um (1) ponto para cada resposta “não”, caso a resposta nessas questões seja “sim”, não se atribui ponto para a questão; para as demais questões do questionário a resposta “sim” representa a presença do sintoma, valendo 1 ponto e a resposta “não” significa ausência do sintoma ou seja, não se atribui ponto a questão. A escala de gravidade dos sintomas composta pelos itens 6, 7 e 27 do questionário, e se aplica quando o escore na escala de sintomas é superior a 10, sendo que a pontuação de cada questão é feita computando-se o valor que se encontra ao lado da opção que foi assinalada pelo indivíduo avaliado (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005)

A classificação referente às duas escalas encontra-se nos quadros 3 e 4. O instrumento pode ser visualizado no **Apêndice C**.

Quadro 3 - Subescala de Sintomas para Bulimia Nervosa de acordo com o Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE)

Pontuação	Classificação
0-9 pontos	Sem sintomas
10-14 pontos	Hábito alimentar não usual
15-19 pontos	Grupo subclínico
≥ 20 pontos	Com sintomas

Fonte: HENDERSON e FREEMAN, 1987 *apud* ALVARENGA, 2001.

Quadro 4 - Subescala de Gravidade para Bulimia Nervosa de acordo com o Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE)

Pontuação	Classificação
0-4 pontos	Insignificante
5-9 ponto	Significante clinicamente
≥ 10 pontos	Alta gravidade

Fonte: HENDERSON e FREEMAN, 1987 *apud* ALVARENGA, 2001.

2.4.2 *Questionário de Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire - BSQ)*

Entre os questionários auto-aplicáveis para diagnóstico e avaliação de transtornos relacionados à imagem corporal, um dos mais conhecidos é o Body Shape Questionnaire (BSQ).

O BSQ foi desenvolvido com o objetivo de mensurar as preocupações com a forma do corpo, a auto-depreciação devido a aparência física e a sensação de estar “gorda”. Ele apresenta medidas psicométricas promissoras e sua aplicação é considerada muito útil em pacientes que apresentam transtornos alimentares (CORDÁS e NEVES, 1999).

Para elaboração do questionário, Cooper *et. al.* (1987) realizaram entrevistas com 28 mulheres, sendo que entre elas estavam pacientes do sexo feminino que apresentavam transtornos alimentares e sujeitos normais. Nessa entrevista, as mulheres foram encorajadas a descrever tanto sobre as circunstâncias, quanto sobre as conseqüências comportamentais e emocionais que promoviam o sentimento de estar gorda. Essas informações geraram o BSQ com 51 questões, em formato de escala Likert, em seis categorias de resposta (sempre, muito freqüentemente, freqüente, algumas vezes, raramente, nunca). Este teste foi aplicado em uma amostra composta por grupos de pacientes com bulimia e mulheres sem diagnóstico de transtornos alimentares. Após essa aplicação, o questionário foi reduzido para 34 questões.

Dessa forma, o questionário possui 34 itens a serem respondidos que buscam medir a freqüência com que indivíduos com e sem transtorno alimentar apresentam preocupações com a forma e com o peso corporal. Sendo que sua característica principal é avaliar a sensação de “sentir-se gordo” nas últimas quatro semanas. O BSQ fornece uma avaliação dos distúrbios da imagem corporal tanto em população clínica quanto em população não clínica e pode ser utilizado para avaliar o papel deste distúrbio no desenvolvimento, na manutenção e na resposta ao tratamento de transtornos alimentares. (FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINÁRIO, 2002).

Existe uma versão do BSQ – 34 traduzida para o português, com aplicação destinada ao

sexo feminino (CORDÁS e CASTILHO, 1994). Di Pietro (2001) testou a validade interna, dimensionalidade e desempenho do BSQ – 34 em uma população de estudantes universitários, sendo que após a tradução, o questionário manteve as características da escala original.

O instrumento pode ser visualizado no **Apêndice C**, e a classificação através do BSQ encontra-se descrita no **Quadro 5**.

Quadro 5 – Classificação referente à Satisfação com a Imagem Corporal de acordo com o Body Shape Questionnaire (BSQ)

Pontuação	Classificação
0 a 80 pontos	<i>ausência</i> de preocupação com a imagem corporal
81 a 110 pontos	<i>leve</i> preocupação com a imagem corporal
111 a 141 pontos	<i>moderada</i> preocupação com a imagem corporal
141 a 204 pontos	<i>grave</i> preocupação com a imagem corporal

Fonte: COOPER *et al.* (1987)

2.4.3 Inquérito Antropométrico

O estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. As manifestações orgânicas do estado nutricional podem ocorrer de três formas: adequação nutricional (eutrofia), que seria referente ao equilíbrio entre consumo e necessidades; carência nutricional, caracterizada pela insuficiência qualitativa e/ou quantitativa do consumo em relação às necessidades; distúrbio nutricional, referente ao excesso ou desequilíbrio no consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais (SISVAN, 2004).

A carência nutricional ou desnutrição é uma desordem tanto de natureza médica como social, ou seja, pode ser resultado dos problemas sociais do próprio domicílio em que se vive. É considerada o resultado final da privação nutricional ou, como ocorre frequentemente, da privação emocional por parte dos que são responsáveis pelo indivíduo. Isto normalmente ocorre devido à falta de entendimento, pobreza ou problemas familiares que os tornam incapazes de prover a nutrição e o cuidado necessários (OMS, 1999).

Por outro lado, a obesidade é caracterizada pelo aumento do tecido adiposo provocado pelo desequilíbrio entre a ingestão alimentar excessiva e o gasto energético diminuído. A incidência da obesidade vem aumentando nos últimos anos e enquanto milhares de pessoas sofrem com o peso excessivo as tendências da moda atual adotam a postura de manequim

esquelético (FERRIANI *et al.*, 2005).

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, (2003, p. 29) a obesidade é uma patologia complexa que apresenta graves dimensões sociais e psicológicas, e afeta praticamente todas as faixas etárias e grupos sócio econômicos. Além disto, trata-se da principal comorbidade associada à doença crônica e à incapacidade. O mais grave é que esta epidemia não se restringe às sociedades industrializadas, seu aumento é mais rápido nos países em desenvolvimento que no mundo desenvolvido, e freqüentemente, convive com a desnutrição em países subdesenvolvidos.

No Brasil, o quadro nutricional já revela a coexistência de desnutrição e obesidade em todos os segmentos da população, situações que expõem o indivíduo a maiores riscos de adoecer ou morrer (SISVAN, 2004).

Como um importante instrumento para avaliar o estado nutricional e de saúde, que permite identificar precocemente pessoas e grupos populacionais de risco, tem-se a avaliação nutricional de rotina por meio de medidas antropométricas (MS, 2005).

A antropometria é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global. É aplicável em todas as fases do ciclo da vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional. Este método apresenta como vantagens ser barato, simples, pouco invasivo e de fácil aplicação e padronização. Além disso, possibilita que diagnósticos individuais sejam agrupados e analisados fornecendo o diagnóstico coletivo, permitindo conhecer o perfil nutricional de um determinado grupo. A antropometria, além de ser universalmente aceita, é apontada como sendo o melhor parâmetro para avaliar o estado nutricional de grupos populacionais (SISVAN, 2004).

Para mensurar o estado nutricional é necessário que se obtenham os dados antropométricos do indivíduo e que, através deles, seja feita a comparação com os padrões de referência considerados normais para a idade e o sexo (DEVORAES e FAGUNDES, 2005).

2.4.3.1 Índice de Massa Corporal

O índice adotado pela Vigilância Alimentar e Nutricional e recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde é o Índice de Massa Corporal (IMC), além disto, o IMC é internacionalmente recomendado para diagnóstico individual e coletivo dos distúrbios nutricionais (SISVAN, 2004).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é obtido pela divisão do peso, em kg, pela altura, em metros, elevada ao quadrado e é expresso em kg/m² (GARROW e WEBSTER, 1985).

A Vigilância Alimentar e Nutricional adota o critério de classificação percentilar do IMC segundo a idade e sexo do padrão de referência *National Health and Nutrition Examination Survey* – NANHES II devido ao fato do Brasil não possuir um padrão de referência (SISVAN, 2004).

Os pontos de corte estabelecidos para adolescentes encontram-se no **Quadro 6**:

Quadro 6 – Classificação Percentilar do IMC para adolescentes

PERCENTIL DO IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< percentil 5	Baixo peso
≥ percentil 5 < percentil 85	Adequado ou eutrófico
≥ percentil 85	Sobrepeso

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 1995

Cole *et al.* (2000, p. 1240), entretanto, realizaram um estudo com crianças de seis nacionalidades objetivando estabelecer pontos de corte para a obesidade e propuseram os valores correspondentes ao IMC 25kg/m² como indicativo de sobrepeso e 30kg/m² como indicativo de obesidade para crianças maiores de 2 anos de idade e adolescentes até os 18 anos de idade. Atualmente, estes dados propostos por Cole *et al.* (2000) são recomendados pela *International Obesity Task Force* (IOTF).

Em estudo anterior, Must *et al.* (1991, p. 839) analisaram indivíduos com idade entre 6 e 74 anos e recomendaram o ponto de corte de percentil 85 do IMC para definir o sobrepeso e o ponto de corte de percentil 95 do IMC associado com a medida da prega cutânea tricipital para definir obesidade.

Devido ao fato deste estudo ter como amostra uma população caracterizada por encontrar-se no final da adolescência e início da idade adulta, é importante salientar aqui que os pontos de corte utilizados para avaliação nutricional seguem uma adaptação dos critérios recomendados por Ferro-Luzzi *et al.* (1992), WHO (1995) e WHO (1998) para adultos, conforme apresentados na **Tabela 1**:

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico nutricional para indivíduos adultos com base no IMC

Valores de IMC (kg/m²)	Diagnóstico nutricional
< 16,0	Baixo Peso Grau III (Desnutrição III)
16,0 – 16,9	Baixo Peso Grau II (Desnutrição II)
17,0 – 18,49	Baixo Peso Grau I (Desnutrição I)
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Sobrepeso (Pré-Obesidade)
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II
≥ 40,0	Obesidade Grau III (Mórbida)

Fonte: Adaptação de Ferro-Luzzi *et al.* (1992), WHO (1995) e WHO (1998).

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 *Objetivo Geral*

Estimar a prevalência de comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estado nutricional de universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2.5.2 *Objetivos Específicos*

- 1 Estimar a prevalência de comportamento bulímico nas universitárias ingressantes a partir da aplicação do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE);
- 2 Estimar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal das universitárias ingressantes a partir da aplicação do Questionário de Imagem Corporal (BSQ – 34);
- 3 Realizar avaliação do estado nutricional por meio do Índice de Massa Corporal (IMC);
- 4 Verificar possíveis associações entre comportamento bulímico, imagem corporal, estado nutricional e perfil sócio econômico das universitárias ingressantes.

3 MÉTODO

3.1 População de Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, envolvendo adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, ingressantes no primeiro semestre de 2006, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

3.2 Delineamento do Estudo

O estudo caracteriza-se como uma investigação com delineamento transversal.

3.3 Procedimento Amostral

3.3.1 Cálculo do Tamanho da Amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra foi considerada como população de referência todas as alunas do sexo feminino aprovadas no concurso vestibular 2006 da UFSC e que estavam matriculadas na primeira chamada para o primeiro semestre de 2006 nos 55 Cursos de Graduação oferecidos pela instituição, o que equivale a 935 alunas (NPD, 2006).

Adotou-se para o cálculo da amostra mínima necessária os seguintes parâmetros: 95% de confiança, erro amostral de 2,2 pontos percentuais para mais ou para menos e prevalência de sintomas de bulimia nervosa de 5% (WEXLER, 2007; BUDRY, 2000; MAHAN e ARLIN, 1995). Desta forma, obteve-se uma amostra mínima de 186 alunas. A fim de compensar eventuais perdas ou recusas adicionou-se 20% totalizando 223 alunas.

3.3.2 Seleção da Amostra

A seleção das alunas foi realizada aleatoriamente de forma sistemática, considerando sempre a terceira aluna subsequente na listagem única por ordem alfabética de cursos da UFSC. Para selecionar a primeira aluna a ser pesquisada utilizou-se a lista de números aleatórios do EPI INFO 6.0. Esta lista proporcionou o número 2 (dois) referente à primeira aluna a ser considerada na listagem. Então, a partir da segunda aluna do primeiro curso em ordem alfabética foram sendo selecionadas aleatoriamente as outras alunas, sempre considerando a terceira aluna subsequente a anterior.

Quatro cursos (Engenharia de Produção Mecânica, Engenharia de Produção Elétrica, Engenharia Civil e Engenharia Mecânica) ficaram sem representação na população amostral. No caso do curso Engenharia de Produção Mecânica isso ocorreu, pois esse apresentou apenas uma estudante matriculada através da primeira chamada do primeiro semestre da UFSC em 2006 e, sendo assim, no momento de sortear aleatoriamente, essa aluna ficou entre o intervalo que havia sido estabelecido, não sendo escolhida para compor a amostra. Com relação aos cursos de Engenharia de Produção Elétrica e Engenharia Civil não houve consentimento das universitárias em participar da coleta de dados, sendo que a quantidade de estudantes selecionadas nesses cursos era, respectivamente, uma (1) e duas (2). Com relação ao curso de Engenharia Mecânica, esse não foi colocado na listagem fornecida pelo NPD - UFSC (Núcleo de Processamento de Dados - UFSC), pois não apresentou estudantes do sexo feminino matriculadas através da primeira chamada do primeiro semestre da UFSC em 2006.

Anterior às atividades de coleta de dados propriamente dita, as universitárias foram convidadas a participar da pesquisa. Para isso as pesquisadoras responsáveis foram nas salas de aula e explicaram oralmente como ocorreu a seleção, como seria a pesquisa e seus objetivos. A partir disso, foram agendados horários e locais que fossem considerados viáveis para a maioria das alunas. Caso não fosse possível para alguma estudante comparecer no horário e no local que havia sido coletivamente combinado em sala de aula, marcava-se para realizar a pesquisa individualmente com essa estudante, em um outro horário e local. Dessa forma, a amostra final do presente estudo foi composta de 220 estudantes universitárias ingressantes na UFSC, do sexo feminino, presentes nos dias de coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa, distribuídas nos cursos de acordo com o **Apêndice A**.

3.3.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas na amostra todas as estudantes do sexo feminino que estavam matriculadas através da primeira chamada do primeiro semestre da UFSC em 2006.

3.3.2.2 Critérios de Exclusão

Estudantes do sexo masculino foram excluídos da amostra. Também foram excluídas as estudantes do sexo feminino que estavam grávidas e/ou amamentando no momento da pesquisa, mesmo sendo ingressantes na UFSC no primeiro semestre de 2006.

3.4 TREINAMENTO DA EQUIPE DE PESQUISA

Devido ao fato desse estudo fazer parte de um estudo maior, onde serão estudados ainda sintomas de anorexia nervosa, a equipe de pesquisa foi composta primeiramente de duas alunas do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, na qualidade de pesquisadoras principais. Essa equipe de pesquisa foi composta ainda por 6 alunas do Curso de Graduação em Nutrição da UFSC que não estavam freqüentando a primeira fase do curso, e um Professor Doutor do Departamento de Nutrição (CCS/UFSC) na qualidade de orientador e pesquisador responsável.

O treinamento da equipe de pesquisa foi realizado em duas partes. A primeira parte teve como objetivo apresentar o projeto de pesquisa. Esta apresentação foi realizada pelas pesquisadoras principais que destacaram os objetivos da investigação e os procedimentos metodológicos. Cada uma das alunas integrantes da equipe recebeu uma cópia do questionário que seria utilizado na coleta de dados e, em seguida, realizou-se a leitura integral do mesmo. Após a leitura, as alunas fizeram observações relacionadas ao questionário, como por exemplo, dúvidas no preenchimento e na interpretação de algumas questões. Essas colocações foram de extrema importância e contribuíram na melhor formatação visual do questionário. Além disso, ressaltou-se para a equipe de pesquisa, a necessidade de solicitar as universitárias que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que seria entregue a elas no início da coleta de dados.

A segunda parte do treinamento foi relacionada com a padronização da mensuração dos dados de peso e estatura das universitárias. As duas pesquisadoras principais ficaram responsáveis por coletar os dados antropométricos, portanto nessa etapa do treinamento as alunas integrantes da equipe de pesquisa participaram como voluntárias para tomada das medidas antropométricas. No momento dessa tomada de medidas havia um profissional de Educação Física responsável por treinar as pesquisadoras principais no que fosse relacionado aos dados antropométricos.

Nessa última etapa, as duas pesquisadoras principais foram devidamente capacitadas para a coleta e o registro dos dados antropométricos, conforme normas técnicas previamente estabelecidas. As tomadas das medidas antropométricas foram realizadas segundo procedimentos recomendados na literatura (Lohman *et al.*, 1991).

3.5 ESTUDO PILOTO

A realização do teste piloto teve como objetivos oferecer maior treinamento à equipe de

pesquisa, tornando-a mais experiente para as atividades de campo. Além disso, objetivou testar os instrumentos para a coleta de dados, identificar as possíveis dificuldades metodológicas emergentes durante essa etapa, capacitar a equipe para instruir as universitárias sobre o correto preenchimento do questionário e buscar padronização na mensuração dos dados antropométricos. Dessa forma, através desta etapa piloto foi realizado estudo de padronização e de variabilidade entre examinadores com o objetivo de avaliar a qualidade dos dados. Através do cálculo do Erro Técnico de Medição (ETM) inter-avaliadores foi possível constatar que, entre as examinadoras principais, para as medidas de peso o ETM foi de 0,20% e para as medidas de altura o ETM foi de 0,12%².

O estudo piloto foi realizado durante uma semana (29 de maio a 02 de junho/2006) com 25 alunas do curso de Graduação em Nutrição que não se encontravam na primeira fase do curso. As alunas foram convidadas a participar da pesquisa pelas próprias pesquisadoras principais que foram até as salas de aula e, oralmente, explicaram os objetivos da pesquisa e solicitaram a participação voluntária das estudantes. Assim como seria feito posteriormente, foi combinado horário e local para fazer a coleta de dados com as alunas que se dispuseram a participar do estudo piloto. Neste momento, os dados estavam sendo coletados na sala destinada aos alunos de pós-graduação em Nutrição, localizada no Centro de Ciências da Saúde – CCS. As estudantes que participaram do estudo piloto completaram todas as partes do questionário e tiveram a estatura e o peso mensurados pelas duas pesquisadoras principais.

As características gerais da amostra que constituiu o teste piloto encontram-se no

Apêndice B.

O estudo piloto propiciou a definição dos seguintes critérios para a coleta de dados: número mínimo de membros da equipe de pesquisa necessário para a coordenação de cada período de coleta de dados; seqüência das atividades a serem desenvolvidas, tempo necessário para avaliar as estudantes, realização de ajustes na formatação visual do questionário, a fim de facilitar a compreensão e o preenchimento do mesmo; identificação das partes do questionário que geravam maior número de dúvidas, o que proporcionou maior atenção da equipe de pesquisa no momento da coleta de dados; necessidade de manter as estudantes relativamente separadas para que não fizessem “críticas” ou fornecessem “conselhos” relacionados com as questões aplicadas.

² O ETM inter-avaliador é um índice que quantifica estatisticamente o grau de desvio entre as medidas obtidas por diferentes avaliadores, permitindo-se assim que tais medidas sejam avaliadas qualitativamente no aspecto da precisão. Os valores desses índices de precisão aqui citados (resultantes do teste piloto efetuado pelas examinadoras principais do presente estudo) são considerados plenamente aceitáveis pela literatura específica. (PERINI *et al.*, 2005)

3.6 COLETA DE DADOS

Os dados coletados nesta pesquisa incluem variáveis demográficas e sócio-econômicas, antropométricas e especialmente, a identificação de comportamento bulímico e satisfação com a imagem corporal. Para coleta dos dados foram aplicados questionários individuais auto-aplicáveis, sendo que, para as variáveis antropométricas os dados foram coletados através de instrumentos específicos. As classificações das variáveis encontram-se no **Quadro 7**.

Quadro 7 – Descrição das variáveis do estudo

Variável	Categorização	Tipo de Variável
Idade (anos)	- 16 – 19 anos, correspondente a faixa entre 16 e 19,9 anos de idade; - 20 ou mais anos, correspondente a faixa entre 20,0 ou mais;	Variável numérica contínua
Com quem mora	Sozinha, familiares, colegas	Variável categórica nominal dicotômica
Escolaridade da Mãe e Escolaridade do Pai (anos de estudo)	- 0 – 4 anos de estudo completos; - 5 ou mais anos de estudo completos; ou - 0 - 8 anos de estudo completos; - 9 ou mais anos de estudo completos.	Variável categórica politômica ordinal
Renda Mensal (salários mínimos)	- \geq a 6,1 salários mínimos; - 3,1 – 6 salários mínimos; - 1,1 – 3 salários mínimos; - < 1 salário mínimo.	Variável categórica politômica ordinal
Prática de atividade física (dias na semana)	- praticar atividade física 3 ou mais dias na semana; - praticar atividade física 1 ou 2 dias na semana; - não praticar atividade física.	Variável categórica politômica ordinal
IMC (kg/m ²)	- \leq 18,49 kg/m ² – Baixo Peso Grau I, II e III; - 18,5 – 24,9 kg/m ² – Eutrofia; - 25,0 – 29,9 kg/m ² - Sobrepeso (Pré-Obesidade); - 30,0 – 39,9 kg/m ² – Obesidade Grau I e II; - \geq 40,0 kg/m ² – Obesidade Grau III (Mórbida).	Variável numérica contínua
Comportamento bulímico (interpretação BITE).	- \geq 15 pontos – BITE + (presença de comportamento bulímico); - < 15 pontos - BITE – (ausência de comportamento bulímico)	Variável categórica politômica ordinal
Satisfação com a Imagem Corporal (interpretação BSQ-34).	- \geq 111 pontos – BSQ + (insatisfação com a imagem corporal); - < 111 pontos – BSQ – (satisfação com a imagem corporal)	Variável categórica politômica ordinal

A coleta de dados foi realizada durante o período de 05 de junho de 2006 a 08 de dezembro de 2006. É importante ressaltar que, de acordo com o calendário acadêmico da UFSC para 2006, o primeiro semestre letivo teve início em maio de 2006.

As atividades desta etapa foram realizadas na própria Universidade Federal de Santa Catarina, em períodos estabelecido a partir de consenso entre as universitárias no momento de apresentação da pesquisa. Esses períodos consistiram basicamente de intervalos entre as aulas (“janelas”), bem como períodos antes ou após o horário de aulas.

Primeiramente as pesquisadoras principais entraram em contato com os Coordenadores dos Cursos de Graduação com o objetivo de explicar a cada um deles os fundamentos e propósitos da pesquisa. Nessa etapa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice D**) para que eles consentissem com a participação das alunas na pesquisa. Alguns coordenadores mostraram-se muito interessados pela pesquisa, fazendo questão de encaminhar as pesquisadoras até as salas de aula e apresentá-las para as estudantes selecionadas. Nesses casos, em que havia participação direta dos coordenadores dos cursos, o consentimento das alunas em fazer parte da pesquisa era consideravelmente maior.

Para apresentar a pesquisa às universitárias selecionadas, as pesquisadoras iam até as salas de aula aproximadamente uma semana antes de realizar a coleta de dados. As pesquisadoras principais foram responsáveis por apresentar e explicar os objetivos da pesquisa, e ainda por motivar as universitárias a participar da coleta de dados. O estudo foi apresentado como sendo uma pesquisa de comportamento alimentar que teria o propósito de definir o padrão alimentar e antropométrico das alunas ingressantes na UFSC no primeiro semestre de 2006, os termos transtorno alimentar e bulimia nervosa não eram citados. Neste momento, além dos objetivos da investigação, também foram explicadas a forma de seleção das alunas e as atividades que seriam desenvolvidas na coleta de dados. Falou-se ainda sobre a seriedade do estudo e o compromisso com o sigilo das informações cedidas. Apesar da preocupação da equipe de pesquisa em tranquilizar as alunas com relação à tomada de medidas antropométricas, algumas universitárias mostravam-se apreensivas com relação a essa etapa, sendo que em alguns momentos esse sentimento foi verbalizado por meio de frases como “pesar não!”. Finalmente, conversava-se rapidamente com as universitárias e então era combinado qual seria o melhor horário e local para a realização da pesquisa.

O ambiente utilizado para a coleta dos dados inicialmente localizava-se no próprio Centro de Ciências da Saúde (CCS), na sala destinada aos alunos do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, que é constituída por ante-sala e sala. A coleta de dados era realizada na sala, que permanecia com a porta e as cortinas fechadas. Entretanto, no decorrer do estudo,

considerando que as distâncias entre os Centros dentro da UFSC poderiam dificultar a participação das universitárias, optou-se por ir até as salas de aula onde as alunas pesquisadas encontravam-se. Sendo assim, os equipamentos como balança, estadiômetro e também os questionários eram transportados pelas pesquisadoras até o Centro onde seria realizada a coleta de dados. Neste local procurava-se uma sala que estivesse sem aulas e realizava-se a pesquisa, sempre tendo o cuidado de manter cortinas e portas fechadas.

No início da coleta de dados, as pesquisadoras explicavam as atividades que seriam desenvolvidas e indicavam o local correto para preencher o questionário. A seqüência da coleta de dados foi: verificação do peso, verificação da estatura e aplicação do questionário, que era respondido individualmente pelas próprias alunas. Houve preocupação por parte das pesquisadoras em não permitir que uma aluna pesquisada influenciasse na resposta de outra aluna. Para isso, solicitava-se que as estudantes sentassem em cadeiras afastadas e que não conversassem entre si sobre o questionário. A equipe de pesquisa esteve presente durante o desenvolvimento de todas as atividades orientando as estudantes e esclarecendo possíveis dúvidas.

A dinâmica de coleta de dados foi padrão para todos os cursos. A princípio, pensou-se em fazer horários de coleta de dados específicos para cada curso. Entretanto, devido à dificuldade das universitárias em possuírem horários para fazer a pesquisa, acabou-se optando, primeiramente em realizar a coleta de dados de vários cursos de um mesmo Centro e, posteriormente, passou-se a realizar a coleta de dados de cursos de Centros próximos em um único horário.

3.6.1 Variáveis Demográficas e Sócio-Econômicas

As variáveis nome, curso, data da coleta de dados, data de nascimento, morar sozinho, com os pais ou com colegas, prática de atividade física, escolaridade materna e paterna em anos de estudo completos, número de membros da família, e renda familiar mensal das universitárias foram registradas na parte 1 do questionário de coleta de dados (**Apêndice C**).

3.6.2 Comportamento Bulímico

As estudantes com comportamento bulímico foram identificadas através do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE) – versão traduzida para o Português por Cordás e Hochgraf (1993) do original Henderson e Freeman, 1987, e validado por Magalhães e Mendonça (2005).

Devido a sua característica auto-aplicável o BITE foi preenchido pelas próprias universitárias na presença da equipe de pesquisa para permitir o esclarecimento de dúvidas.

O BITE compõe a parte 2 do questionário de pesquisa (**Apêndice C**).

3.6.3 Satisfação com a Imagem Corporal

A preocupação com a imagem corporal foi investigada através do Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34) – versão traduzida para o Português por Cordás e Castilho (1994) do original Body Shape Questionnaire (BSQ-34) (COOPER *et al.*, 1987) e validada por Di Pietro (2001).

As respostas dadas às questões foram referentes as quatro semanas que antecedem ao teste, de acordo com a orientação para preenchimento do BSQ-34 traduzido para o português e também para preenchimento de sua versão original. Esta delimitação temporal do teste tem por objetivo realizar uma avaliação atual ou de um passado recente relacionado com a imagem corporal dos indivíduos que o respondem. O teste BSQ-34 corresponde a parte 3 do questionário de pesquisa.

Devido a sua característica auto-aplicável o BSQ – 34 foi preenchido pelas próprias estudantes na presença da equipe de pesquisa para propiciar o esclarecimento de dúvidas (**Apêndice C**).

3.6.4 Variáveis Antropométricas

Foram tomadas as medidas de peso e estatura das estudantes selecionadas a fim de se obter o perfil nutricional da amostra. A coleta destas medidas antropométricas foi obtida em uma única tomada, realizada por uma das duas pesquisadoras principais. Os valores de peso e estatura foram registrados na parte 4 do próprio questionário da aluna avaliada. Para aferição das medidas seguiu as recomendações de Lohman *et al.* (1991).

No momento da coleta de dados, as estudantes eram orientadas a retirar os sapatos, os casacos pesados, jaquetas e blusas grossas. Como o período de coleta de dados se estendeu por estações climáticas diferentes (outono, inverno e primavera), no dia da coleta de dados as estudantes usavam peças básicas do vestuário, como por exemplo, camisetas/blusinhas e calças/bermudas/saias.

3.6.4.1 Peso

As medidas de peso foram obtidas em única tomada por meio de balança eletrônica da

marca Marte modelo PP, com capacidade para 180 quilos (kg) e precisão de 100g.

Para a tomada de peso foram observadas as seguintes recomendações (LOHMAN *et al*, 1991): manter a cabeça ereta, estando à linha entre os olhos e o ouvido em posição horizontal paralela ao chão; deixar os braços livres, pendentes na lateral e posicionar o indivíduo no centro da plataforma da balança.

No momento da medição do peso, a aluna avaliada encontrava-se sem sapatos e com roupas leves.

O peso foi registrado em quilogramas (kg), com até uma casa após a vírgula.

3.6.4.2 Estatura

As medidas de estatura foram tomadas através de antropômetro milimetrado da marca Altorexata. Este antropômetro portátil apresenta a coluna milimétrica fixada em plataforma de metal plana, o que permite formar um ângulo de noventa graus e manter o ponto zero da escala no nível da plataforma.

A estatura foi verificada por meio de tomada única e, com o objetivo de padronizar o vestuário e indicar a posição correta do corpo do indivíduo no momento da avaliação, as seguintes recomendações foram seguidas (LOHMAN *et al*, 1991): retirar os sapatos, casacos e roupas pesadas, prendedores e arco de cabelo; posicionar o indivíduo em pé sobre a superfície plana do antropômetro em frente à escala de medida, com os pés paralelos, calcanhares e parte de trás da cabeça tocando a haste vertical. Além disso, solicitou-se que a estudante inspirasse o ar, sendo que a leitura da estatura foi realizada com o pulmão inflado (inspiração seguida de apnéia).

A estatura foi registrada em centímetros (cm), com até uma casa após a vírgula (milímetro).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados e analisados eletronicamente a partir da construção de banco de dados, para o qual foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 10.0 *for Windows*).

Com relação às variáveis independentes:

A idade das estudantes foi calculada em anos, através da subtração entre a data de coleta de dados e a data de nascimento. As faixas etárias foram determinadas a partir de

agrupamento de idades, sendo apresentada da seguinte maneira:

1. 16 – 19 anos, correspondente a faixa entre 16 e 19,9 anos de idade;
2. 20 ou mais anos, correspondente a faixa entre 20,0 ou mais;

Quanto a variável morar com quem, as universitárias foram agrupadas em morar sozinha, morar com familiares e morar com colegas. Essa variável foi utilizada apenas para caracterização geral da amostra.

Com relação à prática de atividade física, as estudantes foram agrupadas em:

1. praticar atividade física 3 ou mais dias na semana;
2. praticar atividade física 1 ou 2 dias na semana;
3. não praticar atividade física.

Esta variável foi utilizada apenas para caracterização geral da amostra.

A escolaridade dos pais, obtida em anos de estudos completos, foi analisada individualmente para a escolaridade da mãe e do pai.

A escolaridade materna e paterna foram categorizadas a partir de agrupamento de anos de estudo, sendo apresentadas da seguinte forma:

1. 0 – 4 anos de estudo completos;
2. 5 ou mais anos de estudo completos;

ou

1. 0 - 8 anos de estudo completos;
2. 9 ou mais anos de estudo completos.

A escolaridade materna e a escolaridade paterna foram confrontadas com a variável dependente deste estudo.

A renda familiar mensal líquida, coletada em valor absoluto (em Reais) foi convertida em salários mínimos e categorizada. As categorias criadas foram:

1. \geq a 6,1 salários mínimos;
2. 3,1 – 6 salários mínimos;
3. 1,1 – 3 salários mínimos;
4. $<$ 1 salário mínimo.

A renda familiar mensal líquida foi analisada de acordo com o comportamento bulímico (variável dependente).

O peso e a estatura das universitárias foram empregados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC foi utilizado para a identificação do perfil nutricional das universitárias selecionadas para compor a amostra. O diagnóstico dos diferentes estados nutricionais foi investigado por meio de uma adaptação dos critérios recomendados por Ferro-Luzzi *et al.* (1992), WHO (1995) e WHO (1998).

Os pontos de corte estabelecidos nesta pesquisa para diagnóstico de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade estão apresentados no **Quadro 8**.

Quadro 8 – Pontos de corte estabelecidos para diagnóstico de estado nutricional.

Valores de IMC (kg/m ²)	Diagnóstico nutricional
≤ 18,49	Baixo Peso Grau I, II e III
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Sobrepeso (Pré-Obesidade)
30,0 – 39,9	Obesidade Grau I e II
≥ 40,0	Obesidade Grau III (Mórbida)

Fonte: Adaptado de Ferro-Luzzi *et al.* (1992), WHO (1995) e WHO (1998).

A satisfação com a imagem corporal foi analisada através da pontuação total obtida no BSQ – 34, de acordo com as respostas fornecidas em cada questão. O teste é uma escala Likert com seis pontos e as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre um e seis, sendo que a maior pontuação conferida é a resposta extrema na direção da preocupação com a imagem corporal, especialmente no sentido da estudante considerar-se com excesso de peso. As universitárias que pontuaram de 0-80 pontos foram classificadas sem preocupação com a imagem corporal; 81-110 pontos foram classificadas com preocupação amena; 111-140 pontos foram classificadas com preocupação moderada e 141-204 pontos foram classificadas com preocupação severa (CORDÁS e CASTILHO, 1994; COOPER *et al.*, 1987).

Nesta pesquisa indivíduos que apresentaram 111 pontos ou mais no resultado do BSQ – 34 foram classificados como pessoas insatisfeitas com sua imagem corporal. Sendo assim, o resultado do BSQ – 34 foi categorizado em BSQ positivo (BSQ +) para insatisfação com a imagem corporal e BSQ negativo (BSQ -) para satisfação com a imagem corporal (**Quadro 9**).

Quadro 9 – Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do BSQ - 34 para categorização da variável ‘satisfação com a imagem corporal’

Pontos de Corte	Diagnóstico
≥ 111 pontos	BSQ + (insatisfação com a imagem corporal)
< 111 pontos	BSQ – (satisfação com a imagem corporal)

Fonte: Adaptado de COOPER *et al.* (1987); CORDÁS e CASTILHO, 1994.

Com relação à variável dependente, comportamento bulímico, as estudantes foram identificadas pela interpretação do teste BITE, que foi realizada através da pontuação total obtida no teste, de acordo com as respostas fornecidas a cada questão. As universitárias que pontuaram de 0-9 pontos foram classificadas como sem sintomas de bulimia nervosa, 10-14 pontos foram classificadas como apresentando hábitos alimentares não usuais, 15-19 pontos foram classificadas como grupo subclínico e 20 pontos ou mais foram classificadas com sintomas de bulimia nervosa (HENDERSON e FREEMAN, 1987 *apud* ALVARENGA, 2001).

Foram criados três desfechos onde o resultado do BITE foi categorizado em BITE positivo (BITE +) para comportamento bulímico e BITE negativo (BITE -) para ausência de comportamento bulímico.

No primeiro desfecho foram consideradas BITE + as universitárias que somaram em suas respostas 10 ou mais pontos, ou seja, seriam portadoras de padrões alimentares não usuais e sintomas de bulimia nervosa; já as que somaram abaixo de 10 pontos foram consideradas BITE – (**Quadro 10**).

Quadro 10 – Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do BITE para categorização da variável ‘comportamento bulímico’ – desfecho I.

Pontos de Corte	Diagnóstico
≥ 10 pontos	BITE + (presença de comportamento bulímico)
< 10 pontos	BITE – (ausência de comportamento bulímico)

Fonte: Adaptado de HENDERSON e FREEMAN, 1987 *apud* ALVARENGA, 2001.

Com relação ao segundo desfecho, foram consideradas BITE + as estudantes que apresentaram somatório igual a 20 ou mais pontos, e BITE – as que somaram menos de 20 pontos, como é representado no **Quadro 11**.

Quadro 11 – Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do BITE para categorização da variável ‘comportamento bulímico’ – desfecho II.

Pontos de Corte	Diagnóstico
≥ 20 pontos	BITE + (presença de comportamento bulímico)
< 20 pontos	BITE – (ausência de comportamento bulímico)

Fonte: Adaptado de HENDERSON e FREEMAN, 1987 *apud* ALVARENGA, 2001.

Para o terceiro desfecho, foram consideradas BITE + as universitárias que somaram em suas respostas 15 ou mais pontos, ou seja, seriam portadoras de sintomas clínicos e sub-clínicos de bulimia nervosa; já as que somaram abaixo de 15 pontos foram consideradas BITE – (**Quadro 12**).

Quadro 12 – Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do BITE para categorização da variável ‘comportamento bulímico’ – desfecho III.

Pontos de Corte	Diagnóstico
≥ 15 pontos	BITE + (presença de comportamento bulímico)
< 15 pontos	BITE – (ausência de comportamento bulímico)

Fonte: Adaptado de HENDERSON e FREEMAN, 1987 *apud* ALVARENGA, 2001.

A variável “comportamento bulímico”, considerada variável dependente ou desfecho foi analisada a partir de sua confrontação com as variáveis independentes: idade da universitária, morar com quem, praticar atividade física, escolaridade materna e paterna, renda familiar mensal em salários mínimos, estado nutricional e satisfação com a imagem corporal.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os cálculos estatísticos foram realizados com o apoio do programa *Statacorp Stata Satatistical Software* (STATA 9.0).

A análise descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra, foi realizada a partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio-padrão), valor mínimo e valor máximo para as variáveis: idade da estudante, escolaridade materna e paterna em anos de estudo, renda familiar mensal em Reais, número de pessoas na família, peso (kg), estatura (cm) e IMC (kg/m²).

Foi realizada análise estatística através da distribuição de frequência das variáveis de interesse e testes de associação do qui-quadrado para as variáveis categóricas. Além disso, foi

realizada análise de regressão logística múltipla para verificar a associação dos fatores estudados ao comportamento bulímico. Para a entrada no modelo final foram consideradas todas as variáveis que apresentaram o valor de $p < 0,20$ no teste do qui-quadrado. Permaneceram no modelo de regressão múltipla aquelas que, após ajustadas ou controladas pelas variáveis do modelo, mantiveram o valor de $p \leq 0,05$. Primeiramente, inseriu-se no modelo final as variáveis demográficas, seguidas das sócio-econômicas, comportamentais, as relacionadas à saúde e por última a auto- percepção com relação a saúde.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de pesquisa foi devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo-se aprovação (ANEXO A). Neste protocolo, entre outros documentos exigidos pelo referido comitê, foram previstos a “Proposta da Pesquisa”, o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para coordenadores dos cursos” (**Apêndice D**) e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as alunas selecionadas para compor a amostra” (**Apêndice E**), sendo que os dois últimos documentos consistiram nos principais instrumentos para autorização da realização da pesquisa com as alunas selecionadas.

3.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as limitações do estudo, pode-se citar o fato deste estudo não buscar os acontecimentos do passado das estudantes, que seria um dado importante, podendo demonstrar relacionamento com os acontecimentos do presente. Sendo assim, a associação entre a exposição e a bulimia nervosa pode não ser na mesma época, ou seja, esta não seria a época representativa do aparecimento do transtorno.

Deve-se levar em conta que o instrumento utilizado na coleta de dados tem a característica de ser autopreenchível. Essa categoria de instrumentos para rastrear a presença de comportamentos bulímicos não é considerada suficiente para que seja estabelecido um diagnóstico de bulimia nervosa, já que a interpretação de cada pergunta depende do próprio indivíduo.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

O total de alunas que participou da coleta de dados foi de 220, dessa forma a taxa de resposta encontrada na pesquisa foi de 98,7%.

As características gerais da amostra encontram-se na **Tabela 2** e são apresentadas na forma de medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e máximo) para as variáveis demográficas, sócioeconômicas e antropométricas das universitárias ingressantes na UFSC no primeiro semestre de 2006.

A média da idade das universitárias estudadas nessa pesquisa foi 20,2 anos, com desvio padrão de 2,8 anos. A idade mínima encontrada foi de 17,1 anos e a idade máxima foi de 39,5 anos.

O valor mínimo encontrado tanto para a escolaridade materna quanto para escolaridade paterna foi de 1,0 ano de estudo, sendo que os valores máximos foram de 20,0 e 22,0 anos de estudo, respectivamente. A média em anos de estudo para a escolaridade materna foi de 12,3 anos e para a escolaridade paterna foi de 12,6 anos. Apesar desses valores de média, quando realizada a categorização em anos de estudo, foi possível observar que 82,3% das mães apresentaram mais de 8 anos de estudo, enquanto apenas 76,8% dos pais relataram possuir mais de 8 anos de estudo.

A mediana da renda familiar mensal em reais foi de R\$ 3.000,00 (8,6 salários mínimos) e os valores mínimos e máximos apresentaram importante variação, de R\$ 450,00 (1,3 salários mínimos) a R\$ 26.000,00 (74,3 salários mínimos), respectivamente.

A estatura média encontrada na amostra foi de 163,7 cm e o peso médio foi de 57,2 kg. Com relação ao IMC, o valor mínimo encontrado foi de 16,2 kg/m² e o valor máximo de 37,7 kg/m², com mediana de 21,3 kg/m².

É importante ressaltar que a variável relacionada com a renda familiar mensal apresentou maior ausência de respostas por parte das estudantes investigadas (13,6% de não resposta). Segundo relatos das próprias universitárias no momento do preenchimento do questionário, algumas “não faziam a menor idéia” do quanto seria a renda familiar mensal e, sendo assim, não responderam a questão. A idade também não foi completamente respondida por 4 (1,8%) das estudantes. Acredita-se que, devido à forma como as perguntas estavam dispostas no questionário algumas estudantes preenchiam apenas a data da entrevista e não

percebiam que também era necessário preencher, ao lado, a data de nascimento. As outras questões socioeconômicas também apresentam diferentes números de universitárias investigadas e a principal justificativa fornecida pelas estudantes foi a ausência materna ou paterna.

Em relação as demais variáveis sócioeconômicas e de atividade física investigadas, pode-se observar que, com relação à residência, 69,5% das estudantes relataram residir com familiares, 20,9% com colegas e 9,5% residiam sozinhas no momento da pesquisa. Para a variável 'prática de atividade física' 27,3% das universitárias relataram praticar atividade física 3 ou mais dias na semana, 16,8% praticam 1 ou 2 dias na semana e 55,9% não praticam atividade física. Durante a pesquisa as próprias estudantes justificavam-se dizendo que a faculdade ocupava a maior parte do tempo e, dessa forma, elas não costumavam praticar exercícios físicos.

Tabela 2 – Distribuição dos valores de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Variáveis estudadas	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	216	20,2	19,4	2,8	17,1	39,5
Escolaridade materna (anos de estudo)	219	12,3	11,0	4,1	1,0	20,0
Escolaridade paterna (anos de estudo)	217	12,6	13,5	4,6	1,0	22,0
Renda familiar mensal (R\$)	190	4.469,90	3.000,00	3.807,10	450,00	26.000,00
Nº de pessoas na família	219	4,1	4,0	1,2	1,0	9,0
Estatura (cm)	220	163,7	163,4	6,5	149,3	184,6
Peso (kg)	220	57,2	55,3	9,9	38,2	101,0
IMC (kg/m ²)	220	21,3	20,7	3,4	16,2	37,7

4.2 ESTADO NUTRICIONAL

A classificação do estado nutricional das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC está apresentada na **Tabela 3**. Foram classificadas com eutrofia (IMC $\geq 18,5$ e $< 24,9$ kg/m²) ou seja, apresentando estado nutricional normal, 73,2% das

universitárias. O percentual de estudantes que apresentou algum grau de baixo peso (IMC < 18,5 kg/m²) foi de 15,9%. Já o percentual de estudantes que apresentou sobrepeso ou algum grau de obesidade (IMC > 25,0 kg/m²) foi de 10,9%.

Tabela 3 – Distribuição da classificação do estado nutricional das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC) em 2006.

		Universitárias	
		n	%
Baixo Peso Grau III (Desnutrição III)	< 16,0	0	0
Baixo Peso Grau II (Desnutrição II)	16,0 – 16,9	8	3,6
Baixo Peso Grau I (Desnutrição I)	17,0 – 18,49	27	12,3
Eutrofia	18,5 – 24,9	161	73,2
Sobrepeso (Pré-Obesidade)	25,0 – 29,9	17	7,7
Obesidade Grau I	30,0 – 34,9	5	2,3
Obesidade Grau II	35,0 – 39,9	2	0,9
Obesidade Grau III (Mórbida)	≥ 40,0	0	0
TOTAL		220	100,0

4.3 COMPORTAMENTO BULÍMICO E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

4.3.1 *Comportamento Bulímico*

A avaliação de sintomas de bulimia nervosa na amostra estudada, realizada por meio do BITE, apontou prevalência de 3,6% (IC 95%: 1,1 – 6,1) (n=8) de sintomas de bulimia nervosa, sendo que 11,8% (IC 95%: 7,5 – 16,1) (n= 26) das universitárias apresentaram sintomas sub clínicos de bulimia nervosa e 20,9% (IC 95%: 15,5 – 26,3) (n=46) apresentaram comportamentos alimentares não usuais.

A média da pontuação total do BITE correspondeu a 8,3 (\pm 5,4) pontos, com mediana de 7 pontos. A maior pontuação obtida foi de 24 pontos e a menor correspondeu a zero pontos.

Foram criados três desfechos, no primeiro foram agrupadas as estudantes que somaram 10 pontos ou mais, caracterizando comportamento bulímico, ou BITE positivo (BITE +). No segundo desfecho foi considerado BITE positivo (BITE +) somente as estudantes que obtiveram pontuação igual ou maior que 20 pontos. Para o terceiro desfecho, considerou-se BITE positivo (BITE +) as universitárias que apresentaram pontuação de 15 pontos ou mais no somatório do teste. Os valores de prevalência referentes a essas categorizações encontram-se na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Distribuição da categorização do BITE para o desfecho I, o desfecho II e o desfecho III da pesquisa com universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Categ. BITE	Desfecho I			Desfecho II			Desfecho III		
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%
BITE -	140	63,6	57,2-70,0	212	96,4	93,9-98,9	186	84,5	79,7-89,3
BITE +	80	36,4	30,0-42,8	8	3,6	1,1-6,1	34	15,5	10,7-20,3
TOTAL	220	100,0		220	100		220	100,0	

Dessa forma, para o desfecho I a maior prevalência de comportamento bulímico foi observada na faixa etária maior de 20,0 anos, 37,8% (n=34), de forma que essa diferença não foi significativa ($p=0,666$), não havendo associação entre comportamento bulímico e faixa etária. Com relação à residência, a maior prevalência de comportamento bulímico foi entre as universitárias que residem com familiares, 37,3% (n=57), sendo que, entre as universitárias que residem com colegas 34,8 % (n=16) apresentaram comportamento bulímico. Esses valores também não demonstraram associação entre a presença de comportamento bulímico e a variável independente ‘com quem as universitárias residiam no momento da pesquisa’ ($p=0,911$). A prática de atividade física foi outra variável independente que não apresentou associação com a presença de comportamento bulímico ($p=0,988$), sendo que 36,7% (n=22) das universitárias que praticavam atividade física 3 ou mais dias na semana apresentaram comportamento bulímico e 36,6% (n=45) das universitárias que não praticavam atividade física também apresentaram o comportamento. A escolaridade materna e paterna foi dividida em duas faixas de categorização: 4 e 8 anos de estudo. Dessa forma, das estudantes em que a mãe apresentou até 4 anos de estudo 59,2% (n=9) demonstraram comportamento bulímico e 42,1% (n=16) das universitárias em que a mãe apresentou até 8 anos de estudo demonstraram esse comportamento. Para as duas categorizações os valores não apresentaram diferença significativa, ou seja, não houve associação entre a presença de comportamento bulímico e a escolaridade materna para as universitárias ($p \geq 0,05$). Com relação à escolaridade paterna, 42,1% (n=8) das universitárias em que o pai apresentava até 4 anos de estudo demonstraram possuir comportamento bulímico, sendo que 37,5% (n=18) das estudantes em que o pai apresentou até 8 anos de estudo apresentaram o comportamento. Entretanto, esses valores não apresentaram diferença significativa ($p \geq 0,05$), ou seja, não houve associação entre a presença de comportamento bulímico e a escolaridade paterna. Da mesma maneira, a renda familiar mensal não apresentou diferenças significativas ($p=0,990$), sendo assim, não houve associação entre a presença de comportamento bulímico e a renda familiar mensal. Para essa variável 36,5%(n=50) das universitárias que consideraram possuir renda familiar mensal

acima de 6,1 salários mínimos apresentaram comportamento bulímico. Entre as estudantes que apresentaram obesidade I e II, 71,4% (n=5) demonstraram possuir comportamento bulímico, sendo que 47,1% (n=8) das que foram classificadas com sobrepeso também apresentaram o comportamento. A relação entre comportamento bulímico e estado nutricional entre as universitárias foi considerada significativa ($p=0,000$), evidenciando associação entre a presença de comportamento bulímico e o estado nutricional das estudantes da amostra.

De acordo com os resultados encontrados para o desfecho II, a maior prevalência de comportamento bulímico foi observada na faixa etária maior de 20,0 anos, 3,3% (n=3), entretanto, assim como no desfecho I, essa diferença não foi significativa ($p=0,675$), não havendo associação entre comportamento bulímico e faixa etária. Com relação à residência, a maior prevalência de comportamento bulímico foi entre as universitárias que residem com familiares, 3,3% (n=5), esses valores não demonstraram associação entre a presença de comportamento bulímico e a variável independente 'com quem as universitárias residiam no momento da pesquisa' ($p=0,908$). A prática de atividade física foi outra variável independente que não apresentou associação com a presença de comportamento bulímico ($p=0,338$), sendo que 6,7% (n=4) das universitárias que praticavam atividade física 3 ou mais dias na semana apresentaram comportamento bulímico. A escolaridade materna e paterna foi dividida em duas faixas de categorização: 4 e 8 anos de estudo. Dessa forma, das estudantes em que a mãe apresentou até de 4 anos de estudo 5,9% (n=1) demonstraram comportamento bulímico e 3,9% (n=7) das universitárias em que a mãe apresentou mais de 8 anos de estudo demonstraram esse comportamento. Para as duas categorizações os valores não apresentaram diferença significativa, ou seja, não houve associação entre a presença de comportamento bulímico e a escolaridade materna para as universitárias ($p \geq 0,05$). Com relação à escolaridade paterna, 10,5% (n=2) das universitárias em que o pai apresentava até 4 anos de estudo demonstraram possuir comportamento bulímico, sendo que 4,2% (n=2) das estudantes em que o pai apresentou até 8 anos de estudo apresentaram o comportamento. Entretanto, esses valores não apresentaram diferença significativa ($p \geq 0,05$), ou seja, não houve associação entre a presença de comportamento bulímico e a escolaridade paterna. Da mesma maneira, a renda familiar mensal não apresentou diferenças significativas ($p=0,617$), sendo assim, não houve associação entre a presença de comportamento bulímico e a renda familiar mensal. Para essa variável 4,4% (n=6) das universitárias que consideraram possuir renda familiar mensal acima de 6,1 salários mínimos apresentaram comportamento bulímico e nenhuma estudante com renda menor que 3,0 salários mínimos apresentou o comportamento. Entre as estudantes que apresentaram sobrepeso 11,8% (n=2) demonstraram possuir

comportamento bulímico, 3,7% (n=6) das que se encontravam eutróficas também apresentaram comportamento bulímico e nenhuma universitária com obesidade ou baixo peso foi classificada com presença de comportamento bulímico. Para esse desfecho a relação entre comportamento bulímico e estado nutricional entre as universitárias não foi considerada significativa ($p=0,188$), ou seja, demonstrou que não existiu associação entre a presença de comportamento bulímico e o estado nutricional das estudantes da amostra.

Com relação ao desfecho III, as universitárias com idade de 20,0 anos ou mais apresentaram maior prevalência de comportamento bulímico, 16,7% (n=15). Entretanto, esses valores não foram significativos ($p=0,517$), demonstrando que não houve associação entre a presença comportamento bulímico e a faixa etária para as universitárias da amostra (**Tabela 5**).

Tabela 5 – Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e faixa etária.

Faixa etária	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 19,9 anos	109	86,5	17	13,5	126	58,3
20,0 anos ou mais	75	83,3	15	16,7	90	41,6
TOTAL	184	85,2	32	14,8	216	100,0

Pearson $\chi^2=0,419$ e $p=0,517$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Para a variável independente ‘com quem reside’ 16,3% (n=25) das universitárias que moram com familiares apresentaram comportamento bulímico e 14,3% (n=3) das estudantes que moram sozinhas também apresentaram esse comportamento. Entretanto, essa diferença não foi significativa ($p=0,853$) e não houve associação entre presença de comportamento bulímico e com quem as universitárias residiam no momento da pesquisa (**Tabela 6**).

Tabela 6 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e residência.

Residência	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Familiares	128	83,7	25	16,3	153	69,5
Colegas	40	87,0	6	13,0	46	20,9
Sozinho	18	85,7	3	14,3	21	9,5
TOTAL	186	84,5	34	15,5	220	100,0

Pearson $\chi^2=0,318$ e $p=0,853$ valores significativos para $p \leq 0,05$

A prática de atividade física teve como resultados (**Tabela 7**): 18,9% (n= 7) das

estudantes que praticavam atividade física de 1 a 2 dias na semana apresentaram comportamento bulímico e 16,3% (n=20) das universitárias que não praticavam atividade física apresentaram o comportamento. No entanto, esses resultados não apresentaram diferenças significativas ($p=0,589$), demonstrando que não existiu associação entre a presença de comportamento bulímico e a prática de atividade física para as universitárias neste desfecho III.

Tabela 7 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e prática de atividade física.

Prática de Atividade Física	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
3 ou mais dias/ semana	53	88,3	7	11,7	60	27,3
1 a 2 dias /semana	30	81,1	7	18,9	37	16,8
Não pratica	103	83,7	20	16,3	123	55,9
TOTAL	186	84,5	34	15,5	220	100,0

Pearson $\chi^2=1,060$ e $p=0,589$ valores significativos para $p \leq 0,05$

A escolaridade materna foi categorizada em 4 anos de estudo e 8 anos de estudo. Dessa forma, 23,5 % (n=4) das estudantes em que a mãe havia até 4 anos de estudo apresentaram comportamento bulímico. Entretanto, 15,8% (n=6) das estudantes em que a mãe apresentava até 8 anos de estudo demonstraram comportamento bulímico (**Tabela 8 e 9**). Esses valores não apresentaram significância estatística, dessa forma não existiu associação entre a presença de comportamento bulímico e a escolaridade materna para as universitárias da amostra.

Tabela 8 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e escolaridade materna (4 anos de estudo).

Escolaridade materna	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 4 anos de estudo	13	76,5	4	23,5	17	7,8
Mais de 4 anos de estudo	172	85,1	30	14,9	202	92,2
TOTAL	185	84,5	34	15,5	219	100,0

Pearson $\chi^2=0,900$ e $p=0,343$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Tabela 9 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e escolaridade materna (8 anos de estudo).

Escolaridade materna	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 8 anos de estudo	32	84,2	6	15,8	38	17,3
Mais de 8 anos de estudo	153	84,5	28	15,5	181	82,6
TOTAL	185	84,5	34	15,5	219	100,0

Pearson $\chi^2=0,002$ e $p=0,961$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Para a escolaridade paterna a categorização em anos de estudo foi a mesma utilizada na escolaridade materna e, sendo assim, 21,1% (n=4) das estudantes em que o pai possuía até 4 anos de estudo apresentaram comportamento bulímico (**Tabela 10**) e, 18,8% (n=9) das universitárias em que o pai apresentou até 8 anos de estudo demonstraram comportamento bulímico (**Tabela 11**). No entanto, esses resultados não apresentaram diferenças significativas, demonstrando que não existiu associação entre a presença de comportamento bulímico e a escolaridade paterna para as universitárias.

Tabela 10 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e escolaridade paterna (4 anos de estudo).

Escolaridade paterna	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 4 anos de estudo	15	78,9	4	21,1	19	8,7
Mais de 4 anos de estudo	168	84,8	30	15,2	198	91,2
TOTAL	183	84,3	34	15,7	217	100,0

Pearson $\chi^2=0,457$ e $p=0,499$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Tabela 11 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e escolaridade paterna (8 anos de estudo).

Escolaridade paterna	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 8 anos de estudo	39	81,3	9	18,8	48	22,1
Mais de 8 anos de estudo	144	85,2	25	14,8	169	77,9
TOTAL	183	84,3	34	15,7	217	100,0

Pearson $\chi^2=0,443$ e $p=0,506$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Através do desfecho III pode-se observar (**Tabela 12**) que 21,1% das estudantes que relataram possuir renda familiar mensal entre 1,1 e 3,0 salários mínimos apresentaram comportamento bulímico. Esses valores não demonstraram significância ($p=0,799$) e, dessa

forma, não apresentaram associação entre a presença de comportamento bulímico e a renda familiar mensal para as universitárias.

Tabela 12 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e renda familiar mensal em salários mínimos.

Renda em salários mínimos	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤ 1,0	-	-	-	-	-	-
1,1-3,0	15	78,9	4	21,1	19	10,0
3,1-6,0	29	85,3	5	14,7	34	17,9
≥ 6,1	116	84,7	21	15,3	137	72,1
TOTAL	160	84,2	30	15,8	190	100,0

Pearson $\chi^2=0,448$ e $p=0,799$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Com relação ao estado nutricional, 57,1% (n=4) das estudantes que apresentaram classificação do estado nutricional em obesidade I e II apresentaram comportamento bulímico e, 16,1 (n=26) das que foram classificadas como eutróficas também apresentaram resultados positivos para o comportamento bulímico (**Tabela 13**). Assim como no desfecho I, observou-se a associação entre presença de comportamento bulímico e estado nutricional para a amostra estudada ($p=0,007$).

Tabela 13 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e estado nutricional.

Estado Nutricional	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo Peso I, II e III	33	94,3	2	5,7	35	15,9
Eutrofia	135	83,9	26	16,1	161	73,2
Sobrepeso	15	88,2	2	11,8	17	7,7
Obesidade I e II	3	42,9	4	57,1	7	3,2
TOTAL	186	84,5	34	15,5	220	100,0

Pearson $\chi^2=12,089$ e $p=0,007$ valores significativos para $p \leq 0,05$

4.3.2 Satisfação com a Imagem Corporal

Na amostra estudada, a satisfação com a imagem corporal foi investigada por meio do teste BSQ – 34 e esse apontou que 27,3% (IC 95%: 21,4 – 33,2) (n=60) apresentaram leve preocupação com relação à imagem corporal, 15,5% (IC 95%: 10,7 – 20,3) (n=34) moderada preocupação com a imagem corporal e 4,5% (IC 95%: 1,8 – 7,2) (n=10) corresponderam a grave preocupação com a imagem corporal. Assim como foi realizado nos resultados obtidos pelo BITE, para o teste BSQ – 34 também foram agrupados as categorias que apresentaram

algum grau de preocupação com a imagem corporal, representando BSQ positivo (BSQ +). Dessa maneira, 20% (IC 95%: 14,7 – 25,3) (n=44) foi o percentual de estudantes que apresentaram BSQ positivo.

A média da pontuação total do BSQ foi de 82,1 (\pm 31,5) pontos, tendo como mediana 76,5 pontos. A maior e a menor pontuação obtidas foram, respectivamente, 182 e 34 pontos.

Para os três desfechos realizados verificou-se forte associação ($p=0,000$) entre comportamento bulímico e satisfação com a imagem corporal para as estudantes da amostra. Com relação ao desfecho I, das universitárias que apresentaram preocupação com a imagem corporal 88,6% (n=39) apresentaram também comportamento bulímico. No desfecho II esse valor foi de 18,2% (n=8), sendo que nenhuma estudante que apresentou pontuação para imagem corporal abaixo de 110 pontos apresentou comportamento bulímico.

Para o desfecho III, 54,5% (n=24) das estudantes que apresentaram sintomas positivos de preocupação com a imagem corporal também apresentaram comportamento bulímico (**Tabela 14**). Da mesma forma que foi observado no desfecho I e II, para o desfecho III também foi possível evidenciar forte associação ($p=0,000$) entre comportamento bulímico e satisfação com a imagem corporal para as estudantes da amostra.

Tabela 14 - Distribuição para o desfecho III das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC segundo comportamento bulímico e satisfação com a imagem corporal.

Imagem corporal	BITE -		BITE +		Total	
	n	%	n	%	n	%
BSQ -	166	94,3	10	5,7	176	80,0
BSQ +	20	45,5	24	54,5	44	20,0
TOTAL	186	84,5	34	15,5	220	100,0

Pearson $\chi^2=64,323$ e $p=0,000$ valores significativos para $p \leq 0,05$

4.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A PRESENÇA DE COMPORTAMENTO BULÍMICO

Para a análise de regressão logística múltipla foram utilizadas as variáveis independentes que apresentaram associação com comportamento bulímico para os três desfechos. Estas variáveis foram estado nutricional e satisfação com a imagem corporal, juntamente com as variáveis idade, escolaridade da mãe (até 4 anos de estudo) e renda familiar em salários mínimos. As últimas variáveis citadas, referentes às características socioeconômicas da amostra, foram utilizadas apenas para controlar os resultados. São apresentados os resultados referentes ao desfecho III, o qual apresentou maiores associações.

Primeiramente a análise forneceu uma avaliação dos fatores de risco das variáveis independentes (idade, escolaridade da mãe, renda familiar em salários mínimos, estado nutricional e satisfação com a imagem corporal) sobre a presença de comportamento bulímico (BITE +), caracterizado pelo *Odds Ratio* (OR) bruto. Em seguida, foi realizado o ajuste da associação de comportamento bulímico com as variáveis estado nutricional e satisfação com a imagem corporal para idade, escolaridade materna e renda familiar em salários mínimos (**Tabela 15**).

Tabela 15 – Associação entre as variáveis independentes e a presença de comportamento bulímico (BITE +). Análise de regressão logística múltipla. População de universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis – SC.

Variável	OR (IC 95%) bruto	p	OR (IC 95%) ajustado	p*
Idade (anos) 20,0 anos ou mais até 19,9 anos	1,0 1,3 (0,6-2,7)	0,518		
Escolaridade materna (anos de estudo) Mais de 4 anos até 4 anos	1,0 1,8 (0,5-5,8)	0,348		
Renda familiar (salários mínimos) 6,1 ou mais SM 3,1 – 6,0 SM 1,1 – 3,0 SM	1,0 0,9 (0,3-2,7) 1,5 (0,4-4,9)	0,928 0,526		
Estado Nutricional Eutrofia Sobrepeso Obesidade I e II Baixo peso I e II	1,0 0,7 (0,1-3,2) 6,9 (1,5-32,8) 0,3 (0,1-1,4)	0,638 0,015 0,128	1,0 0,7 (0,1-4,8) 7,8 (1,2-49,8) 1,2 (0,2-6,4)	0,747 0,029 0,795
Imagem Corporal BSQ – BSQ +	1,0 19,9 (8,3-47,6)	0,000	1,0 15,4 (5,5-43,1)	< 0,001

* valores ajustados para as variáveis idade, escolaridade materna e renda familiar

No modelo logístico, as variáveis estado nutricional e satisfação com a imagem corporal apresentaram associação significativa com a presença de comportamento bulímico.

Observou-se através do OR bruto que as universitárias classificadas com estado nutricional obesidade grau I e grau II apresentaram 6,9 vezes mais chances de possuir comportamento bulímico do que aquelas que estão em eutrofia. Entretanto, quando realizado o ajuste através das outras variáveis, essas estudantes que apresentaram estado nutricional de obesidade graus I e II tiveram 7,8 vezes mais chances de demonstrar comportamento bulímico

do que aquelas que se encontravam em eutrofia.

Com relação à imagem corporal, o OR bruto constatou que as garotas que manifestaram insatisfação com a imagem corporal apresentaram 19,9 vezes mais chances de desenvolver comportamento bulímico do que aquelas que não manifestaram insatisfação com a imagem corporal. Ao contrário do que aconteceu com o estado nutricional, quando foi realizado o ajuste para a satisfação com a imagem corporal, considerando as estudantes que demonstraram insatisfação com sua imagem corporal, as chances foram 15,4 vezes maiores para o desenvolvimento de comportamento bulímico do que aquelas que não apresentaram insatisfação com a imagem corporal (**Tabela 15**). Dessa forma, foi possível perceber que a satisfação com a imagem corporal mostrou ser a variável de maior risco para a manifestação de comportamento bulímico.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo consistiu em uma amostra sistemática aleatória representativa de 220 universitárias ingressantes matriculadas na primeira chamada do primeiro semestre da UFSC em 2006.

Algumas dificuldades de participação foram encontradas durante a pesquisa, muitas recusas surgiram quando a metodologia de coleta de dados foi explicada para as estudantes. Era notável a empolgação das alunas quando se começava a explicar a dinâmica da pesquisa nas salas de aula. Entretanto, quando a tomada de medidas antropométricas era citada, principalmente do peso, algumas alunas desistiam de participar da pesquisa.

Além disso, foi difícil de obter a recusa oficial das universitárias, muitas delas não respondiam as tentativas de contato, não compareciam aos locais e horários que haviam sido combinados e não justificavam suas ausências. Em outros casos, algumas justificavam sua não participação dizendo que “a faculdade realizava muitas avaliações (provas e trabalhos) e, sendo assim, não havia tempo para participar de pesquisas”, ou então “por trabalhar o dia todo e estudar a noite não existe tempo livre para poder colaborar”. Diante de tais atitudes e afirmações, a equipe de pesquisa tornava-se impotente para aplicar os questionários com tais alunas e, conseqüentemente, elas eram consideradas como perdas na listagem de seleção da amostra.

Em alguns casos, a influência de colegas de turma também dificultava a participação das estudantes. Houve casos em que amigas haviam sido selecionadas e, como uma delas não gostaria que suas medidas antropométricas fossem tomadas, ela convencia sua colega a não participar do estudo. Por outro lado, foram encontradas alunas que não gostariam de participar da pesquisa, mas através da insistência das colegas acabaram participando. Percebe-se através desses fatos o quanto os alunos ingressantes em universidades podem apresentar suas idéias sendo influenciadas por idéias de colegas e amigos.

Notou-se ainda que a participação das estudantes foi consideravelmente maior naqueles cursos onde já nas primeiras fases as “calouras” possuíam contato com mestrandos, através de laboratórios ou desenvolvimento de pesquisas. Ou seja, existe maior comprometimento e responsabilidade por parte dos estudantes que conhecem e fazem parte de grupos onde a pós-graduação une-se com a graduação.

Dessa forma, o estudo seguiu a descrição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entregue ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos no momento de início da coleta de dados, que considera a participação das universitárias em caráter

voluntário, ou seja, nenhuma estudante participaria da pesquisa sem que houvesse seu próprio consentimento. Esse fato fez com que a amostra final do estudo contasse com 220 alunas, o que permite a extrapolação dos dados para a população universitária ingressante, mas não permite a extrapolação dos resultados para a população universitária cursando fases adiantadas.

O percentual de sobrepeso encontrado neste estudo foi de 7,7%, valor esse menor do que o encontrado na pesquisa de prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, que utilizou dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada pelo IBGE em convênio com o Banco Mundial em 1996/97. Na referida pesquisa, realizada com crianças, adolescentes e adultos, foi calculado o IMC e observou-se que a presença de sobrepeso para adolescentes do sexo feminino com idade de 19 anos foi de 16,1%, já para as mulheres na faixa etária entre 20 e 29 anos o percentual de sobrepeso foi de 17,3%. Considerando os adultos (> 20 anos), tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino, a prevalência de sobrepeso foi de 6,7%, consideravelmente próxima da prevalência encontrada no presente estudo (ABRANTES, LAMOUNIER, COLOSIMO, 2003).

Quando foram agrupadas as categorias sobrepeso e obesidade a prevalência ficou em 10,9%, valor esse menor do que o encontrado por Nunes *et al.* (2001), que demonstrou, através do IMC, 16% de sobrepeso e obesidade em mulheres com idades entre 12 e 29 anos na cidade de Porto Alegre no ano de 1997.

De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (MS, 2006), o mais recente inquérito nacional que permite estimar as prevalências de excesso de peso e de obesidade no Brasil é a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2002-2003, pelo IBGE e Ministério da Saúde. Segundo o referente inquérito, a prevalência de obesidade, avaliada por meio do IMC, na população brasileira acima de 20 anos é de 11,1%, sendo de 8,9% para os homens e 13,1% para as mulheres, ou seja, os dados da presente pesquisa ficaram abaixo dos dados de referência para a população brasileira.

Apesar do presente estudo ter demonstrado valores baixos relacionados com a prevalência de sobrepeso e obesidade, sabe-se que a obesidade vem apresentando um crescimento elevado na população e isto pode estar ocorrendo, principalmente, devido ao fato da modernização das sociedades que provoca maior oferta de alimentos, aliada à melhoria dos instrumentos de trabalho, como a mecanização e a automação. Dessa forma, a economia no modo de trabalho e a maior oferta de alimentos mudaram o modo de viver da população. O sedentarismo, o aumento no consumo de gorduras, açúcares e cereais refinados e a diminuição no consumo de carboidratos complexos e fontes de fibras fazem com que o excesso de peso e

a obesidade se destaquem como doenças fundamentais (MARINHO, MARTINS, PERESTRELO e OLIVEIRA, 2003).

Em um estudo realizado por Vitolo, Bortolini e Horta (2006), com população feminina universitária, de diferentes áreas de estudo e utilizando o mesmo critério para diagnóstico de estado nutricional, 11,4% apresentaram IMC maior ou igual a 25 kg/m² (sobrepeso incluindo obesidade) e 9,0% apresentaram IMC menor que 18,5 kg/m² (baixo peso grau I, II e III). Portanto, as prevalências de sobrepeso e obesidade agrupadas verificadas nesta pesquisa são condizentes com os valores encontrados por Vitolo Bortolini e Horta (2006).

Os resultados encontrados no presente estudo para valores de baixo peso agrupados foram consideravelmente altos, ou seja, prevalência de 15,9% de baixo peso grau I juntamente com baixo peso grau II. Um estudo realizado no ano de 1999, utilizando o IMC em universitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) apresentou 4% das estudantes com o peso abaixo do normal (SOUZA *et al.*, 2002). Outro estudo, realizado em São Leopoldo – RS em 2003, demonstrou através do IMC, que menos de 2% das mulheres avaliadas apresentaram peso abaixo do normal (TEICHMANN *et al.*, 2006).

Entretanto, segundo Veggi *et al.* (2004), em seu estudo com funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro em 1999, que apresentavam idade entre 22 e 59 anos, o IMC médio aumentou ligeiramente com a idade e diminuiu, nas mulheres investigadas, com o aumento de cada um dos seguintes fatores: renda e escolaridade. Estes achados de Veggi *et al.* (2004) poderiam explicar os valores de IMC encontrados no presente estudo. Primeiramente, quanto à renda familiar mensal, esta se apresentou relativamente alta na amostra. Quanto à escolaridade, esta já foi pré-definida como elevada quando da definição da população a ser estudada: garotas aprovadas em um concurso vestibular. Além disso, de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (MS, 2006), o excesso de peso apresentou uma nítida tendência de aumento no período entre meados da década de 1970 e 2003 entre os homens; entretanto, entre as mulheres, houve uma redução entre 1989 e 2003.

Bearman, Martinez e Stice (2006) consideram que as garotas começam a apresentar sintomas de insatisfação corporal durante a adolescência e esse fato as conduz para a busca pelo ideal de magreza no final da adolescência e início da idade adulta. Nesse contexto, Kiriike *et al.* (1998), constataram diminuição no IMC de 21,5 kg/m² em 1960 para 20,5 kg/m² em 1995 entre mulheres japonesas com idade de 15 a 24 anos, ou seja, de acordo com o referido estudo, no decorrer dos 35 anos mulheres adolescentes e adultas jovens vêm tornando-se mais magras. Luz *et al.* (2002), avaliaram estudantes do último período do curso de Educação Física em uma Instituição Particular de Belo Horizonte e constataram que 16%

encontravam-se com o IMC abaixo do normal. Valor esse que é similar com o encontrado na presente pesquisa. Outro estudo que evidencia o baixo peso é a pesquisa realizada em 1994-1995 com garotas de origem latina na faixa etária entre 11 e 20 anos, onde 2,5% da amostra apresentaram IMC de 17 kg/m² ou menos (GRANILLO, RODRIGUEZ, CARVAJAL, 2005).

Em relação à prevalência de sintomas de bulimia nervosa, avaliada por meio do BITE, os resultados encontrados neste estudo foram de 3,6%, sendo que a prevalência de sintomas sub-clínicos de 11,8% e a de comportamentos alimentares não usuais de 20,9%. Neste aspecto, vale ressaltar que este instrumento foi desenvolvido para avaliar episódios bulímicos e fatores relacionados à cognição e ao comportamento bulímico, podendo ser utilizado como um instrumento epidemiológico para a identificação de casos subclínicos e clínicos de bulimia nervosa (VILELA *et al.*, 2004). Além disso, o BITE apresenta tempo médio de preenchimento de 10 minutos e seu cálculo de escores pode ser realizado imediatamente após a preenchimento de forma consideravelmente prática (RUSHING *et al.*, 2003).

Ao serem analisados os valores de prevalência de sintomas de bulimia nervosa que foram obtidos utilizando o BITE como rastreador, observaram-se valores consideravelmente diversificados, variando conforme as características da amostra como número, idade e grupo ao qual os indivíduos estudados pertencem, sendo assim, a comparação com outros estudos deve ser muito cautelosa.

Com relação aos estudos nacionais, Albuquerque *et al.* (2006), estudando alunos de uma Instituição Pública de Ensino Superior de Minas Gerais, no município de Ouro Preto, constataram através do BITE que 3% da amostra apresentou sintomas de bulimia nervosa. Entretanto, Luz *et al.* (2003), em estudo realizado também em Minas Gerais, com estudantes ingressantes nos cursos de Nutrição e Educação Física em uma Instituição Privada de Ensino Superior, observaram que a maior prevalência de sintomas de bulimia nervosa, avaliada através do BITE, foi no de 7,5% no curso de Nutrição e de 2,7% no curso de Educação Física. Nunes *et al.* (2001), avaliando, no ano de 1997, 513 mulheres, residentes na zona urbana de Porto Alegre, com idade entre 12 e 29 anos, encontraram que 3,3% apresentaram padrão alimentar severamente perturbado e presença de comer compulsivo.

Com o objetivo de contribuir para o dimensionamento da ocorrência de comportamentos sugestivos de transtornos do comportamento alimentar em atletas femininas com idade média de 20 ± 2 anos, Oliveira *et al.* (2003) constataram que 16,7% das atletas e 21,8% das adolescentes não atletas obtiveram na escala de sintomas do BITE resultados expressando um padrão alimentar não usual; dessa forma, os resultados encontrados no referido estudo demonstram que a frequência de comportamentos alimentares de risco foi

mais expressiva no grupo controle do que na amostra de atletas.

Na Faculdade de Medicina da UFC, em um estudo envolvendo universitárias que freqüentavam do 1º ao 9º semestre, durante o período de setembro e outubro de 1999, os resultados encontrados foram: 3,5% de sintomas de bulimia nervosa, 23,1% de sintomas subclínicos agrupados com comportamento alimentares não usuais e 72,4% de ausência de sintomas de bulimia nervosa (SOUZA *et al.*, 2002).

Portanto, os valores encontrados por Oliveira *et al.* (2003) e Souza *et al.* (2002), corroboram com os valores encontrados na presente pesquisa para a categoria comportamentos alimentares não usuais, sendo que o último estudo citado corrobora também com os valores encontrados na presente pesquisa para sintomas de bulimia nervosa.

Avaliando garotas corredoras de fundo que estavam registradas na Federação de Atletismo do Rio de Janeiro (FARJ) e apresentavam idade média de 15,9 (\pm 1,8 anos), Bosi e Oliveira (2004), encontraram que 35,6% apresentaram escores superiores ao limite de normalidade para o BITE, sendo que, desse percentual, 29,4% apresentaram padrão alimentar não usual, indicando comportamento de risco para o desenvolvimento de bulimia nervosa. Estudando a prática de exercício físico excessivo em uma população com idade entre 18 e 38 anos, que procurou pela primeira vez por tratamento para transtornos alimentares entre o período de fevereiro de 1999 a março de 2001, Assunção, Cordás e Araújo (2002), constataram que a pontuação média no BITE indicou comportamento alimentar compulsivo, com grande possibilidade de bulimia nervosa (\geq 20 pontos), sendo que a maior pontuação encontrada foi no grupo que praticava exercício físico de forma excessiva, apesar dessa diferença não atingir significância estatística. Ainda relacionado à prática de atividade física, Santos *et al.* (2006), verificando, por meio do BITE, a freqüência de sintomas de transtornos alimentares em bailarinas de ballet clássico em Belo Horizonte, constatou freqüência de 4,3% de sintomas de bulimia nervosa na amostra.

Em um estudo realizado por Vilela *et al.* (2004) nos meses de março a novembro de 1998, com estudantes de 7 a 19 anos, de escolas públicas de cinco localidades do interior de Minas Gerais, o BITE revelou que 1,1% dos indivíduos apresentaram pontuação igual ou superior a 25, o que seria responsável por um possível diagnóstico de bulimia, sendo que 36,8% eram do sexo masculino e 63,2% do sexo feminino. Além disso, 16,4% dos estudantes apresentaram padrão alimentar pouco usual. Os resultados apresentados por esse referido estudo mostram-se interessantes por apresentar a realidade de uma região onde era esperado encontrar uma menor taxa de prevalência de transtornos alimentares, pois se acreditava que os fatores sócio-culturais estariam mais preservados e, dessa forma, constituiriam um fator de

proteção para a população.

Com relação aos estudos internacionais utilizando o BITE, Ghazal *et al.* (2001), observaram que a prevalência global de bulimia nervosa em uma pesquisa com estudantes de escola Marroquina, com idade entre 15 e 22 anos, e estudantes de escola Francesa, com idade entre 16 e 24 anos, foram de 1,2% para as meninas, sendo que ao analisar somente o grupo da escola francesa a prevalência de bulimia foi de 3,4% entre as garotas. Avaliando transtornos alimentares e tendências suicidas em estudantes da Itália com idade entre 15 e 19 anos, Miotto *et al.* (2003), encontraram prevalência de 4,1% de sintomas de bulimia nervosa entre as garotas avaliadas através do BITE. Já em um estudo realizado em Trinidad e Barbados foi possível observar que a prevalência de sintomas de bulimia nervosa no Caribe é consideravelmente baixa, pois apenas 0,8% das garotas apresentaram escores relacionados aos sintomas de bulimia nervosa (BHUGRA *et al.*, 2003). O BITE também demonstrou, em um estudo realizado por Ricciardelli, Williams e Kiernan (1999), que as garotas apresentam maiores probabilidades de apresentarem sintomas de bulimia nervosa do que os garotos.

Em relação a possíveis associações entre comportamento de risco para a bulimia nervosa e demais variáveis investigadas, no presente estudo a presença de comportamento bulímico foi significativamente associada à insatisfação com a imagem corporal ($p=0,000$), de forma que as garotas que demonstraram insatisfação com a imagem corporal apresentaram 15,4 vezes mais chances de desenvolver comportamento bulímico do que aquelas que não apresentaram insatisfação com a imagem corporal, demonstrando que a insatisfação corporal desempenha um importante papel na manifestação do comportamento bulímico. Neste mesmo sentido, um estudo realizado com garotas de origem latina constatou que a insatisfação corporal apresentou-se positivamente associada com os sintomas de bulimia nervosa (GRANILLO, RODRIGUEZ e CARVAJAL, 2005).

Utilizando o BSQ, Vilela *et al.* (2004), analisaram uma população de estudantes de 7 a 19 anos que freqüentavam escolas públicas de cinco localidades do interior de Minas Gerais, no período de março a novembro de 1998 e encontraram que 48% gostariam de parecer mais magros, sendo que destes, 69% pertenciam ao sexo feminino.

Analisando por meio do BSQ a satisfação com a imagem corporal em estudantes de 14 a 19 anos de idade da cidade de São Paulo, Branco *et al.* (2006), observaram que houve associação significativa entre o estado nutricional ($p < 0,001$) e a satisfação com a imagem corporal em ambos os sexos. Entretanto, foi encontrada insatisfação mesmo entre estudantes em eutrofia, porém especialmente naqueles em sobrepeso e obesidade. Neste estudo as meninas tenderam a apresentar maior insatisfação corporal do que os meninos, demonstrando

maiores críticas com relação à imagem corporal por parte das garotas.

Já em um estudo sobre comportamento alimentar e imagem corporal em atletas femininas com idade média de 20 ± 2 anos, filiadas a clubes de diversas modalidades esportivas do Rio de Janeiro e estudantes da Escola de Educação Física e Desportos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEFD-UFRJ), Oliveira *et al.* (2003), constataram por meio do BSQ que a pontuação para distorção da imagem corporal foi mais elevada para o grupo de atletas, entretanto um quadro mais preocupante de distorção da imagem corporal foi encontrado entre as garotas não atletas.

Assunção, Cordás e Araújo (2002), em seu estudo sobre atividade física e transtornos alimentares em uma população com idade entre 18 e 38 anos, que procurou pela primeira vez por tratamento entre o período de fevereiro de 1999 a março de 2001, observaram que a maior pontuação para o BSQ pertenceu ao grupo que praticava atividade física excessivamente, sem atingir níveis significativos. Entretanto, os autores observaram que, apesar desse ser um dado esperado entre indivíduos com transtorno alimentar, aqueles indivíduos com transtornos alimentares e maior prática de exercícios físicos sentiam-se mais insatisfeitos com o corpo que aqueles sem a prática de atividade física. Além disso, no referido estudo os autores observaram que a maior insatisfação com o corpo parece também estar presente em indivíduos que não possuem diagnóstico de transtornos alimentares, mas que apresentam padrão excessivo de exercício físico.

Avaliando, por meio do BSQ, alunos ingressantes nos cursos de Educação Física, Nutrição e Matemática de uma instituição privada de Belo Horizonte, Luz *et al.* (2006), verificaram que a imagem corporal foi à única das variáveis significativamente associada à presença de sintomas de transtorno alimentar, sendo que a chance do indivíduo apresentar insatisfação da imagem corporal foi 22 vezes maior quando encontrada presença dos sintomas de transtornos alimentares. Dados esses que corroboram com os resultados constatados no presente estudo.

Em Florianópolis, Santa Catarina, um estudo realizado por Alves (2006) observou, no período de 08 de março a 08 de julho de 2005, que estudantes na faixa etária de 10 a 19 anos, que frequentavam escolas públicas e privadas do ensino fundamental e médio, apresentaram 18,8% de insatisfação com a imagem corporal, investigada por meio do BSQ. No referido estudo a imagem corporal revelou ser o maior fator de risco para a presença de sintomas do transtorno alimentar anorexia nervosa, assim como foi constatado no presente estudo que a imagem corporal está fortemente associada com os sintomas de bulimia nervosa.

Com base no exposto anteriormente, é importante ressaltar que o ambiente sócio-

cultural apresenta-se como uma das principais condições para surgimento de distorções e distúrbios da imagem corporal. Considera-se a imagem corporal como um importante componente do mecanismo de identidade pessoal, que se refere à satisfação do indivíduo com seu tamanho corporal ou partes específicas de seu corpo. Além disso, a imagem corporal abrange simultaneamente processos fisiológicos, psicológicos e sociais, sendo assim, ela se define a partir das interferências sociais sofridas e dos hábitos criados. As informações obtidas sobre diversos aspectos, como por exemplo, as novas tecnologias, a mídia e seu poder consumista, são apreendidas e unem-se a imagem corporal (KAKESHITA e ALMEIDA 2006; SCAGLIUSI *et al.*, 2006; BARROS, 2005).

É considerável a quantidade de estudos que buscam avaliar a satisfação com a imagem corporal, entretanto as comparações devem ser cuidadosas, pois existem métodos diferentes de constatação dessa satisfação. Neste sentido, para observar a insatisfação corporal em mulheres residentes na zona urbana de Porto Alegre, com idade entre 12 e 29 anos, no ano de 1997, Nunes *et al.* (2001), estruturaram um questionário onde se encontravam duas questões: - peso referido como ideal pelas participantes da amostra e; - auto-percepção do peso corporal, onde era perguntado diretamente às mulheres se elas consideravam-se gordas, normais ou magras. Este estudo encontrou que entre as mulheres que se consideravam gordas, somente 1/3 apresentaram IMC compatível com sobrepeso e obesidade.

Estudando, através da escala de desenhos e silhuetas³, a percepção de tamanho e forma corporal de mulheres de 20 a 60 anos, atendidas por diferentes serviços de saúde ambulatoriais da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Almeida *et al.* (2005), constataram a presença de indicadores de insatisfação com o próprio tamanho e forma corporal por parte das mulheres participantes dos grupos com sobrepeso e obesidade graus I, II e III. Os autores discutem que esses resultados reforçam os indicadores de sentimentos de insatisfação com o tamanho e a forma corporal e, provavelmente um desejo de serem diferentes do que são, em especial por parte das mulheres com algum grau de obesidade. Outro estudo que utiliza a escala de desenhos e silhuetas em estudantes universitários, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, na região de Ribeirão Preto, São Paulo, em 2003, coloca que o fato das imagens apontadas como desejáveis estarem predominantemente em faixas menores de IMC em

³ A escala de desenhos e silhuetas tem a finalidade de avaliar a percepção de tamanho e forma corporal. Esta escala consiste de um conjunto de 9 cartões individuais com desenhos de silhuetas que representam figuras humanas numeradas de 1 a 9. Os cartões variam de forma progressiva na escala de medida, da figura mais magra à mais larga, com IMC médio variando entre 17,5 e 37,5 kg/m². Os indivíduos avaliados escolhem qual figura representa seu corpo atual e qual figura representa seu corpo ideal. Em seguida, calcula-se a diferença entre o corpo ideal e o corpo atual. (SCAGLIUSI *et al.*, 2006; ALMEIDA *et al.*, 2005; KAKESHITA e ALMEIDA, 2006)

relação aos apontados como atuais, sugere uma insatisfação com a imagem corporal, no sentido de que tanto homens como mulheres valorizam os modelos de magreza, além disso, os autores concluíram que mesmo as mulheres que apresentaram peso adequado para a estatura, desejavam apresentar pesos menores. (KAKESHITA e ALMEIDA, 2006). Ainda através da escala de desenhos e silhuetas, Damasceno *et al.* (2005), estudaram 186 indivíduos (87 mulheres, com idade média de 28,8 anos e 98 homens, com idade média de 27,8 anos) que praticavam caminhada no campus da Universidade Federal de Juiz de Fora e observaram que, pelos valores de IMC e percentual de gordura (G%), as mulheres preferem corpos mais magros e com volume corporal menor do que o recomendado com relação à saúde, sendo assim, como poucos indivíduos apresentam corpos com tais dimensões, conclui-se que a maior parte dos indivíduos avaliados no referido estudo estão insatisfeitos com sua imagem corporal.

Dessa forma, é notável então que as mulheres tendem a compreender como saudável e atrativo o peso abaixo do que seria considerado normal e sabe-se que a influência da mídia contribui para a pressão sobre o peso corporal. Neste contexto, Malinauskas *et al.* (2006) avaliaram durante a primavera de 2005, estudantes com idade entre 18 e 24 anos que apresentavam peso normal, sobrepeso e obesidade em uma Universidade da Carolina (EUA) e foi possível observar que, das estudantes que fizeram parte da amostra e se percebiam com o peso acima do considerado normal, 5% encontravam-se eutróficas, 13% com sobrepeso e 23% com obesidade. Da mesma maneira, Veggi *et al.* (2004), estudando em 1999, a percepção do peso corporal em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro que apresentavam idade entre 22 e 59 anos, observaram que cerca de 50% das mulheres com peso normal se sentiram acima do peso ideal, sendo que as prevalências de percepções de peso corporal acima do ideal foram de 70,9% para as mulheres. Outro estudo, realizado na Austrália com garotas estudantes, que apresentavam idade entre 14 e 16 anos, constatou que 12% da amostra foi classificada como apresentando distúrbios de imagem corporal, sendo que 2/3 do total da amostra apresentou auto-percepção distorcida de forma a se achar gorda, quando na verdade, 16% da amostra apresentava-se realmente com sobrepeso (GRIGG, BOWMAN REDMAN, 1996).

Evidencia-se que a sociedade estigmatiza, rejeita e discrimina pessoas obesas, considerando estes indivíduos “relaxados” ou “preguiçosos”. Diante disto, as mulheres tornam-se vulneráveis a pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos e encontram-se insatisfeitas com sua forma corporal. A valorização da magreza feminina transformando-a em expressão de atração sexual e o medo de ser uma pessoa obesa

faz com que um número cada vez maior de mulheres busque alguma fórmula de dieta e de controle do peso, considerando essas atitudes como um pré-requisito para sucesso e felicidade, elas praticam ginástica de forma exaustiva ou fazem uso de laxantes, diuréticos ou drogas que inibam o apetite. Além disso, a procura por cirurgias estéticas também vem aumentando. Ou seja, a sociedade impõe o corpo magro como modelo de beleza, mas não considera a saúde e as constituições físicas da população (PHILLIPS, MENARD, FAY, WEISBERG, 2005; BEATTY e FINN, 1995; KILLEN *et al.*, 1993).

Neste contexto, relacionado ao medo de apresentar o peso acima do normal, Moses, Banilivy e Lifshitz (1989), relataram em seu estudo, realizado com 326 garotas em Nova York, que em torno de 51% das estudantes descreveram possuir medo de apresentar sobrepeso e 36% apresentaram preocupações com a gordura corporal. Estes autores colocaram ainda que os dados do estudo sugerem que o medo da obesidade e os comportamentos alimentares anormais estão consideravelmente inseridos entre garotas que são relativamente negligentes com o peso corporal ou com o conhecimento nutricional.

E ainda, Bergström *et al.* (2000), estudando adolescentes e adultos jovens da cidade de Umea (Suécia) constataram que os indivíduos que faziam parte da amostra superestimaram seu peso corporal, esta superestimação, particularmente relacionada à áreas do corpo como cintura, nádegas e coxas, foi maior nas mulheres quando comparada aos homens. Já um estudo longitudinal realizado com adolescentes, com idade entre 12 e 16 anos, do Sudoeste dos EUA por Bearman, Martinez e Stice (2006), constatou que para as garotas o aumento da idade está associado com o aumento da insatisfação corporal.

Dessa forma percebe-se que a excessiva insatisfação com a imagem corporal e o peso podem ser responsáveis pelo surgimento de comportamentos auto-destrutivos como o abuso de pílulas dietéticas, dietas ou exercícios compulsivos e, associado à isso, a sociedade pode representar um modelo de preocupações com as medidas corporais, dietas excessivas, comportamentos não saudáveis de controle de peso e, ainda, compulsões alimentares (SAIKALI, SOUBHIA, SCALFARO, CORDÁS, 2004; DEVLIN, ZHU, 2001).

Finalizando, Kakeshita e Almeida (2006), colocam que a distorção da imagem corporal é um fato preocupante, pois provavelmente apresenta suas raízes firmadas nos meios de comunicação de massa que privilegiam modelos de beleza que possuem pesos para altura muito próximos ou abaixo dos limites considerados saudáveis. Além disso, Malinauskas *et al.* (2006), consideram que as restrições alimentares são estratégias de manutenção de peso prevalentes entre as mulheres universitárias, independente do grau de peso que é apresentado por elas. E ainda, Souza *et al.* (2002) colocam, em seu artigo sobre anorexia e bulimia

nervosas em alunas da UFC, que não apenas a pressão mídia e da sociedade influenciam a perpetuação das preferências por formas corporais magras. O fato de essas estudantes morarem em região litorânea de clima quente, onde a exposição do corpo é maior (devido ao uso de peças de roupa menores e ao hábito de se freqüentar praias e piscinas públicas), pode representar mais um fator responsável pela preocupação com a imagem corporal.

6 CONCLUSÃO

Na amostra estudada, a prevalência de sintomas de bulimia nervosa, investigada por meio do BITE, foi de 3,6% (IC 95%: 1,14 – 6,06), enquanto a de sintomas subclínicos foi de 11,8% (IC 95%: 7,54 – 16,06) e de comportamentos alimentares não usuais 20,9% (IC 95%: 15,53 – 26,27).

A satisfação com a imagem corporal, investigada por meio do BSQ – 34, apontou que 27,3% (IC 95%: 21,4 – 33,2) das estudantes apresentaram leve preocupação com relação à imagem corporal, 15,5% (IC 95%: 10,7 – 20,3) moderada preocupação com a imagem corporal e 4,5% (IC 95%: 1,8 – 7,2) grave preocupação com a imagem corporal.

Com relação à classificação do estado nutricional 73,2% das universitárias foram classificadas com eutrofia (IMC $\geq 18,5$ e $< 24,9$ kg/m²), 15,9% apresentaram algum grau de baixo peso (IMC $< 18,5$ kg/m²) e 10,9% apresentaram sobrepeso ou algum grau de obesidade (IMC $> 25,0$ kg/m²).

Quanto ao perfil sócio-econômico das universitárias investigadas, foram verificadas médias de 12,3 e 12,6 anos de estudo para a escolaridade materna e paterna, respectivamente. Além disso, a mediana da renda familiar mensal em reais foi de R\$ 3.000,00 ($\pm 8,6$ salários mínimos) e os valores mínimos e máximos apresentaram importante variação, de R\$ 450,00 ($\pm 1,3$ salários mínimos) a R\$ 26.000,00 (74,3 salários mínimos), respectivamente.

A presença de comportamento bulímico entre as universitárias investigadas esteve associada à insatisfação com a imagem corporal. Sendo que não se mostrou associada à idade, à renda per capita mensal e à escolaridade materna e paterna.

A insatisfação com a imagem corporal revelou-se como o mais importante fator de risco para a presença de comportamento bulímico entre as universitárias estudadas, de acordo com as variáveis analisadas no modelo de regressão logística.

É relevante esclarecer que o emprego dos resultados deste estudo não devem ser extrapolados para a população de estudantes adolescentes e adultos jovens em geral e a comparação com outros estudos deve ser cautelosa. Tendo em vista esse fato, sugere-se uma investigação pautada em amostra probabilística para a correta determinação de prevalência de sintomas de bulimia nervosa em Florianópolis, SC, para que programas que promovam mudanças nos conceitos de imagem corporal, aumentem o conhecimento sobre nutrição e conscientizem acerca os problemas relacionados aos comportamentos para a redução de peso sejam adaptados para a real situação da população considerada.

Salienta-se ainda a importância de ser avaliado o consumo alimentar das estudantes,

juntamente com os testes rastreadores de transtornos alimentares, pois se evidencia que o comportamento alimentar pode influenciar na manifestação de comportamento bulímico.

Finalizando, sugere-se a realização de investigações que busquem compreender a etiologia da bulimia nervosa com base em outros campos de conhecimentos, tais como a psicologia e a antropologia, pois essas ciências mostram-se capazes de analisar o indivíduo inserido no ambiente coletivo e sujeito às pressões e aos padrões de comportamento definidos sócio-culturalmente. Poder-se-ia agregar uma nova riqueza de conhecimentos relacionando-se a cobrança constantemente exercida, por parte da sociedade atual, para que as mulheres mantenham o corpo esguio de pré-adolescente. Estudos semelhantes a este, efetuados em escalas de tempo suficientemente grandes para que ocorressem significativas mudanças nos padrões de beleza socialmente predominantes, poderiam ainda investigar a influência destes padrões na insatisfação com a imagem corporal e, principalmente, na manifestação de comportamento bulímico.

Por se tratar de uma amostra irregularmente distribuída nos diferentes cursos de Graduação da UFSC, não foi possível avaliar a variável dependente (comportamento bulímico) em função dos diferentes cursos existentes.

Como forma de continuação da linha de pesquisa aqui desenvolvida, sugere-se analisar a bulimia nervosa juntamente com a anorexia nervosa e a imagem corporal. Dessa forma, seria possível obter-se uma visão geral de transtornos alimentares associados à imagem corporal. Neste contexto, o inquérito alimentar também poderia ser empregado como uma ferramenta de avaliação e caracterização da amostra.

Por fim, cabe ainda valorizar o aspecto de inter-relacionamento estabelecido em atividades desta natureza, bem como seus possíveis impactos sociais. A avaliação do comportamento humano não apenas interfere pontualmente no mesmo, através das auto-reflexões estimuladas nos indivíduos abordados, mas também, cria uma expectativa pela obtenção de conclusões que possam influir na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Neste caso, dentre as diversas variáveis inicialmente consideradas relevantes na manifestação de um distúrbio alimentar, prevaleceu a mais inerentemente humana de todas elas: um sentimento, de insatisfação, é verdade, mas ainda assim, um sentimento.

7 REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Cap. 1, p.13-23.

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.2, p.162-166, 2003.

ALBUQUERQUE, M. R.; SOUZA, P. S.; LUZ, S. S. Avaliação dos sintomas de transtornos alimentares, imagem corporal e nível de atividade física em alunos de uma universidade pública do interior de Minas Gerais. IN: **21º CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – FIEP/2006 – Foz do Iguaçu – Livro de resumos**.

ALMEIDA, G. A. N.; SANTOS, J. E.; PASIAN, S. P.; LOUREIRO, S. R. Percepção de tamanho e forma corporal em mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.1, p.27-35, 2005.

ALVARENGA, M., PHILIPPI, S. T. Perfil do consumo alimentar em pacientes com bulimia nervosa em São Paulo. **Nutrição Brasil**, v.1, n.4, p.204-211, 2002.

ALVARENGA, M. **Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamentos alimentares**. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo – USP.

ALVES, E. **Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis, SC**. Florianópolis, 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge

eating. **Journal of the American Dietetic Association**, v.101, n.7, p.810-819, 2001.

ASSUMPÇÃO, C. L. de.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.24, p. 29-33, 2002. Suplemento 3.

ASSUNÇÃO, S. S. M.; CORDÁS, T. A.; ARAÚJO, L. A. S. B. Atividade física e transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.29, n.1, p.4-13, 2002.

BARROS, D. B. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.12, n.2, p.547-54, 2005.

BEARMAN, S. K.; MARTINEZ, E.; STICE, E. The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. **J Youth Adolesc.**, v.35, n.2, p.217-229, 2006.

BEATTY, D.; FINN, S.C. Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: women's health and nutrition. **Journal of American Dietetic Association**, Chicago, v.95, n.3, 1995.

BERGERON, B.; BÉLAIR, D.; GAGNON, S.; GOULET, D.; LEGAULT, A.; MICHAUD, A. Au Menu: Anorexie et Boulimie. **Le Bonjour**, v.27, n.28, p.03, 2003.

BERGSTRÖN, M. E.; STENLUND, H.; SVEDJEHÄLL, B. Assessment of body perception among swedish adolescents and young adults. **Journal of Adolescent Health**, v.26, p.70-75, 2000.

BOSCH, X. Spain tackles eating disorders. Barcelona. **British Medical Journal**, v.318, p.960, 1999.

BOSI, M. L. M; OLIVEIRA, F. P. de. Comportamentos bulímicos em atletas adolescentes corredoras de fundo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.26, n.1, p.32-34, 2004.

BUDRY, E. Anorexie et boulimie: un mal qui prend de l'ampleur. **Repaire Social**

(Revista de informações sociais), 15/03/2000.

BHUGRA, D.; MASTROGIANNI, A.; MAHARAJH, H.; HARVEY, S. Prevalence of bulimic behaviours and eating attitudes in school girls from Trinidad and Barbados. **Transcult Psychiatry**, v.40, n.3, p.409-428, 2003.

BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.33, n.6, p.292-296, 2006.

CAMBRAIA, R. P. B. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.2, p. 217-225, 2004.

CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.22, p.207-216, 1988.

CARVALHO, C. M. R. G. de; NOGUEIRA, A. M. T.; TELES, J. B. M.; PAZ, S. M. R. da; SOUZA, R. M. L. de. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, n.2, p.85-93, maio/ago., 2001.

CASTRO, J. M.; GOLDENSTEIN, S. Eating Attitudes and behaviors of pré-and postpuberal females: clues to the etiology of eating disorders. **Physiology & Behavior**, v.58, n.1, 1995.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS CID - 10 ed., 1993.

CLAUDINO, A. de M.; BORGES, M. B. F. Classificação e diagnóstico. IN: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. Cap. 3, p.25-38.

COLE, T. J.; BELLIZZI, M. C.; FLEGAL, K. M. DIETZ, W. H. Establishing a standart definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. **BMJ**, v.320, p.1240-1243, 2000.

COMITÉ RÉGIONAL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ – CRES. Les troubles du comportement alimentaire chez les jeunes en région: éducation et prévention. Dossier de Presse, Marseille, jan., 2004.

COOPER, P. J. et al. The development and validation of the body shape questionnaire. **International Journal of Eating Disorder**, v.6, n.4, p.485-494, 1987.

CORCOS, M.; AGMAN, G.; BOCHEREAU, D.; CHAMBRY, J.; JEAMMET P.. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. **Encyclopédie Médico-Chirurgicale**, Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-215-B-65, 2002.

CORDÁS, T. A. Transtornos Alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.154-157, 2004.

CORDÁS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. **Psiquiatria Biológica**, p. 17-21, 1994.

CORDÁS, T. A. CLAUDINO, A. De M. Transtornos Alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**: São Paulo, v.24, p.03-06, 2002. Suplemento 3.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escala de avaliação de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.26, n.1, 1999.

CORDÁS, T. A.; SEGAL, A. Bulimia nervosa I – Aspectos Clínicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n.44, p.20-24, 1995.

CORDÁS, T. A.; HOCHGRAF, P. O. O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.42, p.141-144, 1993.

DAMASCENO, V. O.; LIMA, J. R. P.; VIANNA, J. M.; VIANNA, V. R. A. NOVAES, J. S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal em praticantes de

caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.11, n.3, p.181 – 186, 2005.

DEVLIN, J. M.; ZHU, J. Body image in the balance. **JAMA**, v.286, n.17, p.2159, 2001.

DEVORAES, A. M. R.; FAGUNDES, U. Avaliação e orientação nutricional. IN: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 14, p.127-136.

DI PIETRO, M. C. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários**. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado), Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, p.51-60, 2003

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de prevenção. IN: PHILIPPI, S. T; ALVARENGA, M. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004. Cap. 10, p. 166.

DUVERGER, P.; MALKA, J.. Troubles du comportement alimentaire: de l’enfant et de l’adolescent. **Module 3: Maturation et Vulnerabilite**, 2003.

FAGUNDES, U.; OLIVA, C. A. G. Avaliação e tratamento das complicações médicas. IN: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri: Manole, 2005. Cap. 13, p. 119-126.

FAIRBURN, C. G.; COOPER, P. J. Rumination in bulimia nervosa. **British Medical Journal**, v. 288, p.826-827, 1984.

FALLON JR, L. Bulimia nervosa. **Gale Encyclopedia of Children's Health: Infancy through Adolescence**. Detroit: Gale, v.1, p.306-8, 2006.

FERRIANI, M. da G. C.; DIAS, T. S.; SILVA, K. Z. da; MARTINS, C. S. Auto imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife: v.5, n.1, p.27-33, 2005.

FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. de. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, p. 3-6, 2001. Suplemento.

FERRO-LUZZI A.; SETTE S.; FRANKLIN M.; JAMES WPT. A simplified approach to assessing adult chronic energy deficiency. **European Journal of Clinical Nutrition**, v.46, p.173-186, 1992.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINÁRIO, J. C. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.24, p.34-38, 2002. Suplemento 3.

GARCIA, R. W. D. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.455-467, 1997.

GARROW, J. S.; WEBSTER, J. Quetelet's index (W/H^2): as measure of fatness. **Int. J. Obesity**, 9:147-53, 1985.

GHAZAL, N.; AGOUB, M.; MOUSSAOUI, D.; BATTAS, O. Prevalence of bulimia among secondary school students in Casablanca. **Encephale**. França, v.27, n.4, p.338-342, 2001.

GRANILLO, T.; RODRIGUEZ, G. J.; CARVAJAL, S. C. Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: associations with substance use and other correlates. **Journal of Adolescent Health**, v.36, p.214-220, 2005.

GRIGG, M.; BOWMAN, J.; REDMAN, S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. **Preventive Medicine**, n.25, p.748-756,

1996.

GUY-GRAND, B.; POUILLON, M.; LE BARZIC, M., LAHLOU, N.; BRILLANT, M.; BASDEVANT, A.. Caractérisation des “accès alimentaires impulsifs” chez des sujets obèses. **Cahiers de Nutrition et Diététique**, v.32, n.5, p.307-312, 1997.

HAY, P. J., BACALTCHUK, J. Bulimia nervosa. **British Medical Journal - BMJ**, v.323, n.7, p.33-37, 2001.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C. P. L. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Br J Psychiatry*, n 150, p.18-24, 1987 apud FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINÁRIO, J. C. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.24, p.34-38, 2002. Suplemento 3.

HUON, G. F.; Dieting, binge eating, and some their correlates among secondary school girls. **International Journal of Eat Disorders**, v.15, n.02, p.159-164, 1994.

IZENBERG, N. Trastornos alimentarios. **Enfermedads y trastornos de la salud**. Charles Scribner´s Sons, v.3, p.938-943. 2004.

JONES, J. M.; BENNETT, S.; OLMSTED, M. P.; LAWSON, M. L.; RODIN, G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. **Canadian Medical Association Journal**. Canadá, v.165, n.5, p.547-552, 2001.

KAKESHITA, I. S., ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.3, p.497-504, 2006.

KILLEN, J. D.; TAYLOR, C.B.; HAMMER, L. D.; LITT, I.; WILSON, D.M.; RICH T.; HAYARD, C.; SIMMONDS, B.; KRAEMER, H.; VARADY, A. An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. **International Journal of Eat Disorders**, v.13, n.4, 1993.

KIRIIKE, N.; NAGATA, T.; SIRATA, K.; YAMAMOTO, N. Are young woman in

japan at high risk for eating disorders?: decreased BMI in young females from 1960 to 1995. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, n.52, p.279-81, 1998.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric Standardization Reference Manual**. Champign, Illinois: Human Kinetics Books, p. 44-45, 1991.

LUZ, S. S.; EUFRÁSIO, A. S.; SANTOS, A. L. S.; DUARTE, A. C. B.; LEITE, J. A. F. G.; SILVA, F. R.; PHILIPPI, S. T. Identificação de sintomas de bulimia nervosa e imagem corporal em alunos do último ano da graduação em educação física em Belo Horizonte. IN: **III Congresso Internacional de Nutrição, Longevidade e Qualidade de Vida**, 2002. São Paulo – SP. Livro de Resumos.

LUZ, S. S.; EUFRÁSIO, A. S.; SOUZA, J. M. P.; PHILIPPI, S. T. Identificação de sintomas de bulimia nervosa e atividade física em alunos dos cursos de Nutrição e Educação Física. IN: **Congresso da Sociedade Brasileira de Nutrição – SBAN – 2003**. Minascentro Belo Horizonte – MG. Livro de Resumos.

LUZ, S. S.; EUFRÁSIO, A. S.; SOUZA, J. M. P.; PHILIPPI, S. T. Variáveis associadas à presença de sintomas de transtornos alimentares em universitários de Belo Horizonte, Brasil. IN: **XIV Congresso Latino-americano de Nutrição**. 2006. Florianópolis – SC. Livro de resumos.

MAGALHÃES, V. C., MENDONÇA, G. A. S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.3, p.236-245, 2005.

MAHAN, L. K. e ARLIN, M. T. **Alimentos Nutrição e Dietoterapia**. São Paulo: Rocca, 1995, cap.21, p.465-504.

MALINAUSKAS, B. N.; RAEDEKE, T. D.; AEBY, V. G.; SMITH, J. L.; DALLAS, M. B. Dieting practices, weight perceptions, and body composition: A comparison of normal weight, overweigh, and obese college females. **Nutrition Journal**, 2006. 5:11, doi: 10.1186/1475-2891.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV TR). 4 ed rev. Porto Alegre: Artmed, 2002, cap. 307, p.555-565.

MARINHO, S. P.; MARTINS, I. S.; PERESTRELO, J. P. P; OLIVEIRA, D. C. Obesidade em adultos de segmentos pauperizados da sociedade. **Revista de Nutrição**. Campinas, n.16, v.2, abril- junho, p.195-201, 2003.

MARTIN, P. F. Binge-eating disorder. **Gale Encyclopedia of Medicine**, v.1, p.533-34,2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2005.

MIOTTO, P.; DE COPPI, M.;FREZZA, M.; PRETI, A. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. **J. Nerv. Ment. Dis**, v.191, n.7, p.437-343, 2003.

MOSES, N.; BANILIVY, M. M.; LIFSHITZ, F. Fear of obesity among adolescent girls. **Pediatrics**, v.83, n.3, p.393-398, 1989.

MORANDÉ, G.; CELADA, J.; CASAS, J. J. Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. **Journal of Adolescent Health**. Nova York, v.24, p.212-219, 1999.

MORGAN, C. M.; CLAUDINO, A. de M. Epidemiologia e Etiologia. IN: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. Cap. 2, p.15-24.

MUST, A.; DALLAL, G. E.; DIETZ, W. H. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.53, p.839-849, 1991.

NUNES, M. A.; OLINTO, M. T. A., BARROS, F.C.; CAMEY, S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.1, p.21-27, 2001.

OLIVEIRA, F. P. de. BOSI, M. L. M.; VIGÁRIO, P. dos S.; VIEIRA, R. da S. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.9, n.6, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manejo da desnutrição grave**: um manual para profissionais da saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e suas equipes auxiliares. Genebra, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

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

PAXTON, S. J. Current Issue in eating disorders research. **Journal of Psychosomatic Research**, v.44, n.3/4, p. 297-299, 1998.

PECKENPAUGH, N. J. e POLEMAN, C. M. **Nutrição Essência e Dietoterapia**. São Paulo: Rocca, 1997, p. 313-314.

PERINI, T. A.; OLIVEIRA, G. L.; ORNELLAS, J. S.; OLIVEIRA, F. P. **Cálculo do erro técnico de medição em antropometria**. Rev Bras Med Esporte, Fev 2005, vol.11, no.1, p.81-85. ISSN 1517-8692.

PHILLIPS, K. A.; MENARD, W.; FAY, C.; WEISBERG, R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v.46, n.4, p.317-325, 2005.

RICCIARDELLI, L. A.; WILLIAMS, R. J.; KIERNAN, M. J. Bulimic symptoms in adolescent girls and boys. **International Journal of Eating Disorders**, v.26, n.2, p.217-221, 1999.

ROMARO, R. A.; ITOKAZU, F. M. Bulimia nervosa: revisão de literatura. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.15, n.2, p.407-412, 2002.

RUSHING, J. M.; JONES, L. E.; CARNEY, C. P. Bulimia nervosa: a primary care review. **J Clin Psychiatry**, n.5, p.217-24, 2003.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; CORDÁS, T. A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.164-66, 2004.

SALZANO, F. Transtornos alimentares têm diferentes fatores de risco. **Super saudável – Publicação da Yakult do Brasil**, ano V, n.26, 2005.

SALZANO, F.; CORDÁS, T. A. Aspectos psiquiátricos. **Viver Mente e Cérebro**, n.152, p. 53, 2005.

SANTOS, F. A. S.; SANTOS, R. A. S.; LUZ, S. S. Frequência de sintomas de transtornos alimentares em bailarinas de um curso profissionalizante de Belo Horizonte, Brasil. IN: **XIV Congresso Latino-americano de Nutrição – 2006**. Florianópolis – SC. Livro de resumos.

SAPOZNIK, A.; ABUSSAMRA, E. V.; AMIGO, V. L. Bulimia nervosa: Manifestações clínicas, curso e prognóstico. IN: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M. T. **Transtornos alimentares e obesidade**. São Paulo: Manole, 2005. Cap. 5, p.49-58.

SCAGLIUSI, F. B., ALVARENGA, M., POLACOW, V. O., CORDÁS, T. A., QUEIROZ, G. K. O., COELHO, D., PHILIPPI, S. T., LANCHETA JR, A. H. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. **Appetite**, n.47, p.77-82, 2006.

SILVA, L. C. G. da; SOUZA, L. de. Você tem fome de quê? Abordagem biopsicossocial de transtornos alimentares. **Revista de Psicologia da UnC**, v.1, n.2, p.59-68, 2004.

SOUZA, F. G. M., MARTINS, M. C. R., MONTEIRO, F. C. C., NETO, G. C. M. RIBEIRO, I. B. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.29, n.4, p.172-180, 2002.

STICE, E., MARTINEZ, E. E., PRESNELL, K., GROESZ, L. M. Relation of successful dietary restriction to change in bulimic symptoms: a prospective study of adolescent girls. **Health Psychol**, v.25, n.3, p.274-281, 2006.

TEICHMANN, L.; OLINTO, M. T. A.; COSTA, J. S. D.; ZIEGLER, D. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.3, p.360-73, 2006.

VEGGI, A. B.; LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.4, p. 242-247, 2004.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORE, S.E.; RIBEIRO, S. M. R.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; ALMEIDA, L. P. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.15, n.3, p.273-282, 2002.

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. **Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

VILARDI, T.C. C.; RIBEIRO, B. G.; SOARES, E. de A. Distúrbios nutricionais em atletas femininas e suas inter-relações. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.14, n.1, p. 61-

69, 2001.

VILELA, J. E. M.; LAMOUNIER, J. A.; DELLARETTI FILHO, M. A.; NETO, J. R. B.; HORTA, G. M. Transtornos alimentares em escolares. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.1, p. 49-54, 2004.

VITOLLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; HORTA, R. L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.28, n1, p.20-26, 2006.

WAITZBERG, D. L. **Nutrição Enteral e Parenteral na Prática Clínica**. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 392-395.

WEXLER, B. Mental Health and Illness. **Health and Wellness: Illness Among Americans**, Detroit, p.153-175, 2007.

WHO (World Health Organization). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **Technical Report Series**, n 854, WHO, Geneve, WHO, 1995.

WHO (World Health Organization). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, WHO/NUT/NCD 1998.

WIKIPÉDIA – disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/Gerald_Russell>. Acesso em 11/03/07 às 16:45hs.

YAGER, J.. Has our “healthy” life-style generated eating disorders? **Western Journal of Medicine**, v.157, n.6, p.679-680, 1992.

8 APÊNDICE

8.1 APÊNDICE A – Distribuição, por Curso de Graduação na UFSC, das estudantes que compuseram a amostra investigada. Florianópolis, abril de 2007.

Cursos	Número de estudantes que formaram a amostra
Administração Diurno	3
Administração Noturno	3
Agronomia	5
Arquitetura	13
Biblioteconomia	9
Ciências Biológicas	8
Ciências Contábeis Diurno	8
Ciências Contábeis Noturno	8
Ciências da Computação	2
Ciências Econômicas Diurno	3
Ciências Econômicas Noturno	4
Ciências Sociais Diurno	1
Cinema	2
Design	4
Direito Diurno	5
Direito Noturno	4
Educação Física	4
Educação Física Bacharelado	3
Enfermagem	7
Engenharia de Alimentos	5
Engenharia de Aquicultura	5
Engenharia Civil	Sem participação
Engenharia de Controle e Automação	2
Engenharia de Materiais	1
Engenharia de Produção Civil	2
Engenharia de Produção Elétrica	Sem participação
Engenharia de Produção Mecânica	-
Engenharia Elétrica	1
Engenharia Química	2
Engenharia Sanitária	3
Farmácia	7
Filosofia Vespertino	1
Filosofia Noturno	2
Física Diurno	2
Física Noturno	1
Geografia Diurno	2
História Diurno	5
Jornalismo	2
Letras Alemã	3
Letras Espanhola	4
Letras Francês	5
Letras Inglês	3
Letras Italiano	3
Letras Português Diurno	5
Matemática da Computação	1
Matemática Licenciatura	6

Medicina	6
Nutrição	10
Odontologia	7
Pedagogia	6
Psicologia	6
Química	4
Serviço Social Diurno	6
Serviço Social Noturno	5
Sistemas de Informação (Noturno)	1
TOTAL	220

8.2 APÊNDICE B – Distribuição dos valores de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas das universitárias do curso de Nutrição da UFSC que compuseram a amostra do teste piloto ou estudo de harmonização. Florianópolis, 2006.

Variáveis estudadas	N	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	25	21,61	20,67	2,79	18,7	31,6
Escolaridade materna (anos de estudo)	25	14,76	16,00	4,71	4,00	22,0
Escolaridade paterna (anos de estudo)	25	15,04	16,00	4,12	3,00	22,0
Renda familiar mensal (R\$)	24	5.893,75	5.000,00	3.798,35	1.500,00	15.000,00
Renda per capita mensal (R\$)	24	1.477,60	1.200,00	841,99	600,00	3.750,00
Nº de pessoas na família	25	3,88	4,00	1,20	2	6
Estatura coletada por pesquisador 1 (cm)	24	164,38	163,95	4,92	154,3	175,9
Peso coletado por pesquisador 1 (kg)	24	54,93	53,25	5,90	48,6	76,9
IMC pesquisador 1 (kg/m ²)	24	20,37	19,77	2,44	18,03	29,48
Estatura coletada por pesquisador 2 (cm)	25	164,00	164,00	5,08	154,3	176,00
Peso coletado por pesquisador 2 (kg)	25	54,69	53,2	5,9	48,6	76,9
IMC pesquisador 2 (kg/m ²)	25	20,37	19,89	2,37	18,08	29,41

8.3 APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Instruções para preenchimento:

- *Gostaríamos de informar-lhe que este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações prestadas são de caráter sigiloso e seu nome não será associado com qualquer uma das respostas.*
- *Procure responder todas as questões, não deixando nenhuma resposta em branco, este procedimento é muito importante para nós;*
- *Em caso de dúvidas, consulte-nos.*

Pesquisa de Comportamento Alimentar em Universitárias Ingressantes

1 - INFORMAÇÕES GERAIS

1-) Nome:	Para uso da Equipe de Pesquisa	
2-) Curso:	2-) Curso:	
3-) Data da entrevista:	4-) Data de nascimento:	3 e 4-) Idade:
5-) Atualmente, em Florianópolis, você mora sozinha: () 1- SIM () 2 - NÃO	5-) Mora sozinha:	
6-) Você mora com quem: () 1 - Familiares () 2 - Colegas	6-) Mora com:	
7-) Você pratica atividade física: () 1- SIM () 2 - NÃO Se SIM, responda as perguntas 8 e 9 , se NÃO passe para a pergunta 10	7-) Atividade física	
8) Quantos dias na semana? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7	8-) Dias na semana	
9) Quantas horas?	9-) Horas	
10-) Grau de escolaridade: Até que série sua Mãe estudou?	10-) Escolaridade Mãe anos de estudo	
11-) Grau de escolaridade: Até que série seu Pai estudou?	11-) Escolaridade Pai anos de estudo	
12-) Qual a soma aproximada do rendimento de todos os membros de sua família no último mês?	12-) Renda:	
13-) Qual o número de membros de sua família? (Pai, mãe, irmãos)	13-) N° pessoas/dom.	

2 – TESTE DE INVESTIGAÇÃO DE EDIMBURGO

- Assinale apenas uma das alternativas propostas.
- Em caso de dúvida, consulte-nos.

Questões:	Uso Equip Pesq.																																																
<p>1) Você tem um padrão de alimentação diário regular?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	1-) Alim. Reg.																																																
<p>2) Você segue uma dieta rígida?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	2-) Dieta rígid.																																																
<p>3) Você se sente fracassada quando quebra sua dieta uma vez?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	3-) Quebra diet																																																
<p>4) Você conta as calorias de tudo o que come, quando não está de dieta?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	4-) Conta Kcal																																																
<p>5) Você já jejuou por um dia inteiro? (Se não responda N. A. na questão 6)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	5-) Jejuou																																																
<p>6) Se já jejuou, qual a frequência?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">dias alternados (5)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2 a 3 vezes por semana (4)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">uma vez por semana (3)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">de vez em quando (2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">somente uma vez (1)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> - N.A. (8) </p>		dias alternados (5)		2 a 3 vezes por semana (4)		uma vez por semana (3)		de vez em quando (2)		somente uma vez (1)	6-) Frequência jejum																																						
	dias alternados (5)																																																
	2 a 3 vezes por semana (4)																																																
	uma vez por semana (3)																																																
	de vez em quando (2)																																																
	somente uma vez (1)																																																
<p>7) Você toma comprimidos para auxiliar na sua perda de peso?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 12.5%;">Vezes ao dia</th> <th style="width: 12.5%;">Nunca (1)</th> <th style="width: 12.5%;">De vez em quando (2)</th> <th style="width: 12.5%;">1 x / semana (3)</th> <th style="width: 12.5%;">2 a 3 x / semana (4)</th> <th style="width: 12.5%;">Diariam. (5)</th> <th style="width: 12.5%;">2 a 3x / ao dia (6)</th> <th style="width: 12.5%;">5 ou + x / dia (7)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estratégia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar comprimidos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar diuréticos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar laxantes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vômitos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Vezes ao dia	Nunca (1)	De vez em quando (2)	1 x / semana (3)	2 a 3 x / semana (4)	Diariam. (5)	2 a 3x / ao dia (6)	5 ou + x / dia (7)	Estratégia								Tomar comprimidos								Tomar diuréticos								Tomar laxantes								Vômitos								7-) Comprim.
Vezes ao dia	Nunca (1)	De vez em quando (2)	1 x / semana (3)	2 a 3 x / semana (4)	Diariam. (5)	2 a 3x / ao dia (6)	5 ou + x / dia (7)																																										
Estratégia																																																	
Tomar comprimidos																																																	
Tomar diuréticos																																																	
Tomar laxantes																																																	
Vômitos																																																	
<p>8) O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	8-) Alim. Prejud.																																																
<p>9) Você poderia dizer que a comida dominou sua vida?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	9-) Dominação																																																
<p>10) Você come sem parar até ser obrigada a parar por sentir-se mal fisicamente?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) </p>	10-) Mal fisicam.																																																

11) Há momentos em que você só consegue pensar em comida? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	11-) Pensamento
12) Você come moderadamente na frente dos outros e depois exagera quando está sozinha? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	12-) Exagerar
13) Você sempre pode parar de comer quando quer? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	13-) Parar
14) Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	14-) Sem parar
15) Quando você sente-se ansiosa, você tende a comer muito? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	15-) Ansiedade
16) O pensamento de tornar-se gorda a apavora? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	16-) Apavorar
17) Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	17-) Rapidamen.
18) Você se envergonha de seus hábitos alimentares? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	18-) Vergonha
19) Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	19-) Controle
20) Você se volta para a comida para aliviar algum tipo de desconforto? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	20-) Desconforto
21) Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	21-) Sobrar
22) Você engana os outros sobre quanto come? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	22-) Enganar
23) Quando você come é determinado pela fome que você sente? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	23-) Fome
24) Você já teve episódios exagerados de alimentação? (se NÃO, responda N.A. nas questões 25, 26 e 27) <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2)	24-) Exagero
25) Se sim, estes episódios deixaram você se sentindo mal? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) <input type="checkbox"/> - N.A. (8)	25-) Sensação
26) Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinha? <input type="checkbox"/> - SIM (1) <input type="checkbox"/> - NÃO (2) <input type="checkbox"/> - N.A. (8)	26-) Sozinha

	Frequência	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Freqüentemente (4)	Muito freqüentemente (5)	Sempre (6)	Uso Eq. Pesq
N	Questões							
27	Quando acompanhada(o), você fica preocupada(o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	27-) Ocupar espaço
28	Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	28-) Banhas
29	Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	29-) Reflexo
30	Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	30-) Beliscar
31	Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	31-) Evitar situações
32	Você já tomou laxantes para se sentir mais magra(o)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	32-) Laxantes
33	Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	33-) Companhia
34	A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	[]	[]	[]	[]	[]	[]	34-) Prática de exercício

4 - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Avaliador: _____

Variável/Medida	1ª Medida
Peso (Kg)	_ _ _ , _
Estatura (cm)	_ _ _ , _

8.4 APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido enviado aos coordenadores de curso

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC - Fone: (48) 3331-9784

Florianópolis, _____ de 2006

Ilmo Sr. (a) Coordenador do Curso: _____

Senhor (a) Coordenador (a):

Somos nutricionistas e mestrandas do Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste momento estamos iniciando a coleta de dados para a elaboração das nossas dissertações intituladas: Comportamento bulímico, sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em universitárias ingressantes da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) que abrangerá todos os cursos da UFSC.

Desta forma, solicitamos a V. S^a permissão para aplicar um questionário sobre comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal, bem como mensurar o peso e a altura das alunas ingressantes deste Curso. Gostaria de esclarecer que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo, servindo apenas para a pesquisa. Os resultados desta investigação serão publicados e/ou apresentados com objetivo científico.

Ressaltamos que a pesquisa não oferece nenhum risco para as estudantes investigadas. Também não haverá despesas financeiras para as instituições de ensino envolvidas na pesquisa.

Certo de contar com seu apoio, agradeço antecipadamente sua atenção.

Monalisa Cenci
Mestranda UFSC

Larissa C. Feio
Mestranda

Prof^o Dr. Francisco de A. Guedes de Vaconcelos

Consentimento

Ciente do exposto acima e estando suficientemente esclarecido (a), eu _____
_____ concordo que o Curso _____
participe esta pesquisa.

Assinatura: _____ Florianópolis, _____

8.5 APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido enviado às estudantes selecionadas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Como nutricionistas e mestrandas do Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos neste momento iniciando a coleta de dados para a elaboração das nossas dissertações sobre comportamento alimentar e imagem corporal.

Solicitamos sua permissão para aplicar um questionário sobre alimentação e imagem corporal e também verificar o peso, altura, a circunferência da cintura, a circunferência do quadril e as dobras cutâneas. As respostas serão mantidas em sigilo, servindo apenas para a pesquisa.

Os resultados contribuirão para análise do comportamento alimentar e sua relação com a satisfação da imagem corporal de universitárias ingressantes da UFSC. A partir destes, poderão ser realizadas campanhas de educação nutricional, promovendo mudanças nos conceitos incorretos de peso e alimentação. Sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua autorização, assinando este termo de consentimento.

Certo de contar com seu apoio, agradecemos antecipadamente.

Cordiamente,

Monalisa Cenci
Mestranda UFSC

Larissa C. Feio
Mestranda

Profº Dr. Francisco de A. Guedes de Vaconcelos

Consentimento

Eu, _____ aceito participar da pesquisa sobre comportamento alimentar e imagem corporal, estando ciente dos procedimentos, objetivo e relevância do estudo.

Florianópolis, _____ de _____ de 2006.

Assinatura: _____

9 ANEXO

9.1 ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos / UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEPSH
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 047/06

I – Identificação:

- Título do Projeto: **Prevalência do comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estado nutricional em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina**

- Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

- Pesquisador Principal: Monalisa Cenci

- Data Coleta dados: Início: 15/05/06 Término previsto: 31/12/06

- Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade Universidade Federal de Santa Catarina

II - Objetivos:

Objetivo Geral:

Determinar a prevalência do comportamento bulímico, insatisfação com a imagem corporal e o estado nutricional de graduandas ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina

Objetivos Específicos

-Estabelecer o perfil sócio econômico das graduandas;

-Determinar a prevalência de comportamento bulímico nas graduandas a partir da aplicação do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE)

-Analisar o consumo alimentar das graduandas a partir da aplicação do método recordatório de 24 horas de três dias;

-Determinar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal das graduandas a partir da aplicação do Questionário de Imagem Corporal (BSQ – 34);

-Realizar avaliação antropométrica, por meio do Índice de Massa Corporal (IMC);

-Estabelecer possíveis associações entre comportamento de risco, hábitos alimentares, imagem corporal, estado nutricional e perfil sócio-econômico das graduandas estudadas.

III - Sumário do Projeto

A) INFORMAÇÃO GERAL

B) TÍTULO DO PROJETO: **Prevalência do comportamento bulímico e sua associação com imagem corporal e estado nutricional em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina**

- 1) PESQUISADOR RESPONSÁVEL (ORIENTADOR): Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
- 2) PESQUISADOR PRINCIPAL: Monalisa Cenci
- 3) Data proposta para início da coleta de dados: 15/05/06 Término previsto: 31/12/06
- 4) Indique onde a pesquisa será conduzida: Hospital, Comunidade e Outras Universidade Federal de Santa Catarina
 - a. Este projeto não foi apreciado anteriormente pelo Comitê de Ética.

IV – Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que a primeira descrição dos transtornos alimentares data de 1964, quando Russel caracterizou a anorexia nervosa. Nas últimas décadas houve várias tentativas no sentido de definir os transtornos alimentares. Na verdade, os transtornos alimentares caracterizam-se por graves perturbações nos comportamentos alimentares. A bulimia nervosa foi inicialmente descrita como uma variante da anorexia nervosa. O termo bulimia foi introduzido em 1979 por Gerald Russel e descreve um transtorno alimentar caracterizado por perda de controle em relação à comida, ou seja, consumo de quantidade de comida definitivamente superior àquela consumida pela grande maioria das pessoas em um curto período de tempo. Seguido a este episódio de compulsão segue a busca por métodos compensatórios purgativos. O princípio da autonomia está atendido, haja vista que há um plano para a obtenção do consentimento livre e esclarecido. Quanto ao princípio da beneficência, acredita-se que contribuirá para um diagnóstico mais preciso da doença e uma avaliação da percepção da imagem corporal por parte dos adolescentes e adultos jovens do sexo feminino que estudam na Universidade Federal de Santa Catarina. Contribuirá para a prevenção e o tratamento da patologia.

V – Parecer final:

Ante o exposto, somos pela aprovação do projeto em análise.

VI - Aprovado

Data da Reunião do Conselho de Ética: 27/03/2006



Vera Lúcia Bosco
Coordenadora

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.