

LARISSA DA CUNHA FEIO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA EM
UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA.**

Florianópolis, novembro de 2007.

LARISSA DA CUNHA FEIO

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANOREXIA EM
UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Nutrição.

Orientador: Professor Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

Florianópolis, novembro de 2007.

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

A dissertação intitulada

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E INSATISFAÇÃO
COM A IMAGEM CORPORAL EM UNIVERSITÁRIAS INGRESSANTES NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

apresentada por Larissa da Cunha Feio

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
Coordenadora do Programa
de Pós-graduação em Nutrição

Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
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 05 DE NOVEMBRO DE 2007.

Com carinho, dedico este trabalho

A Deus, meu amigo fiel, através de quem todas as coisas são possíveis;

Aos meus pais, pelo incentivo, apoio e ensinamentos que foram indispensáveis para a realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Seu amor infinito, por dirigir meus passos e me proporcionar sabedoria e força para alcançar meus ideais;

Ao professor Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos, por sua presença e ajuda constante, pela confiança depositada em mim, por seus valiosos ensinamentos e paciência que me guiaram nesta empreitada;

As professoras membros da banca: Marle Alvarenga, Karen Peres e Giovanna Fiates, pela disponibilidade e contribuições feitas;

A professora Dr^a. Karen Glazer de Anselmo Peres, pela colaboração e por contribuir de maneira preciosa na construção do banco de dados e análises estatísticas;

As alunas de graduação Vanessa, Giovana, Cristine, Melina, Mariana, Carla, Patrícia e Laura, pela participação brilhante na coleta dos dados;

A colega e parceira de coleta Monalisa Cenci pela dedicação e esforço empregado na pesquisa;

A todas as alunas que fizeram parte da amostra, pela compreensão e cooperação em participar da pesquisa;

Aos Coordenadores dos Cursos de Graduação por nos permitir realizar a coleta de dados;

Ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, pela oportunidade concedida e apoio para a realização desta pesquisa;

À Universidade Federal de Santa Catarina, que foi praticamente minha segunda casa, pelo apoio encontrado para a realização desta pesquisa;

As amigas Delci Garcia e Franciele Garcia pela amizade sincera e presença nos momentos difíceis, por serem minha família “adotiva”;

Ao meu amor, Tiago, pelo incentivo constante ao crescimento, pela companhia, atenção e carinho sempre dispostos;

Aos meus tios Merari e Rosiris, que me acolheram e me acompanharam desde a etapa seletiva para o mestrado, sempre me incentivando a prosseguir em meus alvos.

Aos meus tios Rosete e Pedro pelo carinho, por me fortalecerem em momentos de fraqueza e me incentivarem sempre a buscar o melhor;

Aos meus pais, por não medirem esforços para que meus alvos fossem alcançados, por suportarem tanta saudade em prol dos meus ideais e se empenharem tanto para minha felicidade.

RESUMO

A anorexia nervosa é um dos principais transtornos do comportamento alimentar, caracterizada por acentuada perda de peso intencional, adoção de dietas rígidas, medo mórbido de engordar, distorção da imagem corporal e nas mulheres, amenorréia. Atinge principalmente adolescentes e adultos jovens, sendo predominante no sexo feminino. O objetivo principal deste estudo foi estimar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foram analisadas as possíveis associações entre anorexia nervosa e as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, estado nutricional e insatisfação com a imagem corporal das universitárias. O tamanho final da amostra foi de 220 universitárias. Os sintomas de anorexia nervosa foram identificados de acordo com a pontuação obtida no *Eating Attitudes Test* (EAT-26). A avaliação da imagem corporal foi realizada por meio do *Body Shape Questionnaire* (BSQ-34). O consumo alimentar foi analisado por meio de inquérito alimentar Recordatório 24 horas de um dia. O estado nutricional foi diagnosticado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), percentual de Gordura Corporal (%GC) e Circunferência da Cintura (CC). O perfil socioeconômico das universitárias foi traçado pela renda familiar mensal e escolaridade dos pais. Obteve-se taxa de adesão de 86,6%. A média de idade das universitárias investigadas foi 20,2 anos. A prevalência de baixo peso foi de 15,9%, enquanto as de sobrepeso e obesidade foram 8,6% e 3,2% respectivamente. As prevalências de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal foram, respectivamente, 8,3% e 47,3%. Com a aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, observou-se que a presença de sintomas de anorexia nervosa associou-se à insatisfação da imagem corporal ($p < 0,001$), identificada, por meio da regressão logística múltipla como a única variável independente associada à manifestação dos sintomas de anorexia nervosa (OR = 46,6, IC 95% (5,4-401,7) e $p < 0,001$). Sugere-se dessa forma, a implantação de programas de educação nutricional nas universidades, a fim de promover mudanças na concepção da imagem corporal e estado nutricional dos estudantes.

Descritores: Anorexia nervosa, imagem corporal, estado nutricional, universitárias.

ABSTRACT

The anorexia nervosa is a major inconvenience of feeding behavior, characterized by severe weight loss, intentional, adoption of strict diets, morbid fear of fat, distortion of body image and women, amenorrhea. Achieves mainly teenagers and young adults, and is predominant in females. The main objective of this study was to estimate the prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image in entering university at the Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). We analyzed the possible associations between anorexia nervosa and demographic variables, socioeconomic, behavioral, nutritional status and dissatisfaction with body image of the university. The final size of the sample of 220 university. Symptoms of anorexia nervosa were identified according to the scores obtained from the Eating Attitudes Test (EAT-26). The assessment of body image was done using the Body Shape Questionnaire (BSQ-34). The food consumption was examined by means of investigation food recall 24 hours in one day. The nutritional status was diagnosed by the Body Mass Index (BMI), percentage of body fat (% BF) and the Waist circumference (CC). The socioeconomic profile of the university was established by the monthly family income and parents' education. Got up rate for membership of 86.6%. The average age of university investigated was 20.2 years. The prevalence of low birth weight was 15.9%, while those of overweight and obesity were 8.6% and 3.2% respectively. The prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image were, respectively, 8.3% and 47.3%. With the application of chi-square test Pearson, it was observed that the presence of symptoms of anorexia nervosa was associated with body image dissatisfaction ($p < 0, 001$), identified by means of logistic regression model as the only variable independently associated with the onset of symptoms of anorexia nervosa (OR = 46.6, 95% CI (5.4-401.7) $p < 0, 001$). It is suggested that way, the implementation of programmes of nutrition education in universities to promote changes in the design of body image and nutritional status of students.

Keywords: Anorexia nervosa, body image, nutritional status, college students

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Relação dos estudos internacionais sobre anorexia nervosa, conforme autoria e ano de publicação, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada, publicados no período de 1996 a 2006.....	28
Quadro 2 - Relação dos estudos nacionais sobre anorexia nervosa, conforme autoria e ano de publicação, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada, publicados no período de 2001 a 2006.....	31
Quadro 3 - Relação dos estudos nacionais e internacionais sobre satisfação com a imagem corporal, conforme autoria e ano de publicação, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada no período de 2003 a 2007.....	35
Quadro 4 – Pontos de corte estabelecidos segundo IMC para diagnóstico de estado nutricional	46
Quadro 5 - Pontos de corte estabelecidos segundo CC para risco de doenças cardiovasculares	47
Quadro 6 - Pontos de corte estabelecidos segundo %GC para o diagnóstico de estado nutricional	47
Quadro 7 – Ponto de corte da pontuação total do EAT-26 conforme categorias de sintomas para anorexia nervosa	49
Quadro 8 - Ponto de corte da pontuação total do BSQ-34 para categorização da variável satisfação com a imagem corporal	50
Quadro 9 - Descritivo das variáveis analisadas no estudo.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – 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)	53
Tabela 2 – Distribuição da frequência de variáveis comportamentais, atividade física e circunferência da cintura das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	54
Tabela 3 – Distribuição universitárias ingressantes, segundo classificação do estado nutricional no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	55
Tabela 4 - Distribuição da frequência das universitárias ingressantes, segundo percentual de gordura corporal (%GC) no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	55
Tabela 5 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e faixa etária no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	56
Tabela 6 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e com quem reside no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	57
Tabela 7 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e atividade física no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	57
Tabela 8 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade paterna no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	57
Tabela 9 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade materna no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	58
Tabela 10 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e renda familiar mensal em salários mínimos no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	58

Tabela 11 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e consumo energético no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	59
Tabela 12 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional com base no IMC no primeiro semestre de 2006 na UFSC.....	59
Tabela 13 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional por GC no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	60
Tabela 14 - Distribuição da frequência das universitárias ingressantes, segundo insatisfação com a imagem corporal no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	60
Tabela 15 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e satisfação com a imagem corporal no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).....	61
Tabela 16 – Análise de regressão logística múltipla entre as variáveis das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis – SC.....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AN - Anorexia nervosa

APA - American Psychiatric Association

BN – Bulimia nervosa

CC - Circunferência da cintura

CID - Classificação Internacional de Doenças

DCB - Dobra cutânea bicipital

DCT - Dobra cutânea tricípital

DCSE - Dobra cutânea subescapular

DCSI - dobra cutânea suprailíaca

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GC - Gordura corporal

IC - Imagem corporal

IOM – Institute of Medicine

IMC - Índice de massa corporal

OMS - Organização Mundial da Saúde

RCQ - Razão cintura-quadril

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 ANOREXIA NERVOSA.....	17
2.1.1 Definição e quadro clínico.....	17
2.1.2 História	20
2.1.3 Etiologia.....	23
2.1.4 Instrumentos para avaliação:	
<i>Eating Attitudes Test (EAT) e Body Shape Questionnaire (BSQ).....</i>	25
2.1.5 Panorama mundial.....	27
2.1.6 Panorama nacional.....	30
2.1.7 Imagem corporal.....	33
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 OBJETIVO GERAL.....	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4 MÉTODO.....	40
4.1 ÂMBITO DO ESTUDO.....	40
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	40
4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL.....	40
4.3.1 População de estudo	40
4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão.....	40
4.3.3 Tamanho da amostra	41
4.4 TREINAMENTO DA EQUIPE DE PESQUISA.....	42

4.5 ESTUDO PILOTO.....	42
4.7 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	43
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.8.1 Variáveis demográficas, sócio-econômicas e comportamentais.....	44
4.8.2 Antropometria.....	45
4.8.3 Variáveis dietéticas.....	47
4.8.4 Sintomas de anorexia nervosa.....	48
4.8.5 Imagem Corporal.....	49
4.8.6 Análise estatística.....	51
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5 RESULTADOS.....	53
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA.....	53
5.2 ESTADO NUTRICIONAL.....	55
5.3 SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL.....	56
5.3.1 Sintomas de anorexia nervosa.....	56
5.3.2 Satisfação com a imagem corporal.....	60
5.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E A PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA.....	61
6 DISCUSSÃO.....	63
7 CONCLUSÃO.....	72
8 REFERÊNCIAS	74
9 APÊNDICE.....	85

9.1 APÊNDICE A	
Distribuição das alunas que compuseram a amostra investigada, por curso de graduação na UFSC.....	85
9.2 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 na UFSC que compuseram a amostra do teste piloto	87
9.3 APÊNDICE C	
Questionário de Coleta de Dados.....	88
9.4 APÊNDICE D	
Termo de consentimento livre e esclarecido enviado aos coordenadores de curso.....	95
9.5 APÊNDICE E	
Termo de consentimento livre e esclarecido enviado as estudantes selecionadas.....	96
10 ANEXO.....	97
10.1 ANEXO A	
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos / UFSC.....	97

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são cada vez mais foco da atenção dos profissionais da área da saúde por apresentarem significativos graus de morbidade e mortalidade. Sua prevalência¹ vem crescendo nas últimas décadas, atingindo distintos países, culturas e grupos socioeconômicos, ao ponto de ser concebidos como um dos principais problemas de saúde pública no século XXI (FLEITLICH *et al.*, 2000; FAIRBURN; HARRISON, 2003).

A anorexia nervosa é um dos principais transtornos do comportamento alimentar e se caracteriza, entre outros sintomas, por perda de peso intensa e intencional à custa de dietas extremamente rígidas, além de apresentar busca desenfreada pela magreza, distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. Seu início se dá tipicamente do meio para o fim da adolescência e atinge 95% dos casos em mulheres (OMS, 1993; APA, 1994; CORDÁS, 2004).

De acordo com Oliveira *et al.* (2003), a busca pela magreza é orientada por comportamentos que incluem a redução da ingestão de alimentos considerados “engordantes” e/ou a utilização de métodos de purgação auto-induzidos, ou ainda, a prática compulsiva de atividades físicas.

Dunker e Phillippi (2003) observam que o aumento da prevalência de anorexia nervosa ocorre ao mesmo tempo em que é dada maior ênfase na magreza feminina como uma expressão de atração sexual, onde a sociedade valoriza a atratividade e a magreza em particular, fazendo da obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada. Além disso, o modelo de beleza imposto pela sociedade atual corresponde a um corpo magro, sem, contudo, considerar aspectos relacionados com a saúde e as diferentes constituições físicas da população. Estas considerações ajudam a entender os motivos da insatisfação corporal de muitas mulheres.

Sendo assim, a distorção da imagem corporal tem sido reconhecida como um dos principais fatores associados na determinação dos transtornos alimentares. Fleitlich *et al.*, (2000), observam que na anorexia nervosa, apesar de bastante emagrecidos, os pacientes costumam sentir-se gordos ou desproporcionais.

¹ Na literatura encontrou-se o uso simultâneo do termo “incidência” e “prevalência” pelos autores. No presente estudo o termo “incidência” foi padronizado para expressar o número de casos novos na população durante um determinado período de tempo, e o termo “prevalência” foi padronizado para casos existentes em um dado momento, somados aos que ocorreram no passado (Ribeiro, 2002).

A prevalência mundial de anorexia nervosa depende da amostra e dos métodos de avaliação. De acordo com dados de estudos fornecidos à *American Psychiatric Association* (APA), a prevalência de anorexia encontrada varia entre 0,5% e 3,7% (APA, 2000). No Brasil as pesquisas têm sido realizadas através da identificação de sintomas de AN em populações. Os resultados dos estudos encontrados na literatura sobre a prevalência de sintomas oscilaram entre 4,7% a 22,2% (ALBUQUERQUE; SOUZA; LUZ, 2006; FIATES, SALLES, 2001), variando conforme grupo étnico, idade, atividade ocupacional e grau de urbanização dos indivíduos investigados. No município de Florianópolis (SC) foram identificados somente dois estudos publicados que buscaram a prevalência de sintomas de anorexia nervosa, onde as taxas encontradas foram de 15,6% e 22,2% (FIATES, SALLES, 2001; ALVES, 2006).

Estudos com universitários demonstram que estes podem comprometer seu estado nutricional devido à alimentação inadequada por modismos dietéticos e omissão de refeições, dentre outros fatores. Além disso, são visualizadas várias dificuldades no contexto universitário, passando tanto pelas questões individuais dos alunos como também pelas novas exigências acadêmicas e o novo ambiente (FENNEL, 1997; HENDRICKS; HERBOLD, 1998; CUNHA; CARRILHO, 2005).

Segundo Cunha e Carrilho (2005), o primeiro ano do curso superior de graduação é uma fase de desafios para os universitários, pois é um período de desenvolvimento e ajustamento acadêmico, que exige adaptação e integração ao novo ambiente. Vieira *et al.* (2002) detectaram entre universitários ingressantes, que 15% passaram a apresentar problemas de saúde após o ingresso na universidade e atribuíram tais distúrbios a causas emocionais, sugerindo que, mudanças ocorridas com o início da vida universitária podem ter comprometido o equilíbrio emocional e a saúde desse grupo de indivíduos.

Dessa forma, estimar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e os fatores associados em universitárias faz-se necessário, a fim de se prevenir e promover mudanças nas associações incorretas entre alimentos e peso corporal feitas pelos estudantes.

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 populacional de delineamento transversal, cujo objetivo geral foi estimar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2006.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Realizou-se levantamento bibliográfico em bases de dados eletrônicas com o objetivo de identificação de estudos nacionais e internacionais, que empregaram métodos de investigação de prevalência de anorexia nervosa ou sintomas de anorexia nervosa. As bases eletrônicas consultadas foram: *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO-Brasil), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (MEDLINE) e PUBMED. Além disso, realizou-se também busca no banco de teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Foram definidas as seguintes expressões de busca em inglês: *anorexia nervosa, eating disorders, body image, university student, students, adolescents, woman, body composition, body satisfaction, dietary intake, Eating Attitudes Test, Body Shape Questionnaire*. Para que as buscas fossem bem sucedidas utilizamos os operadores booleanos AND para relacionar as palavras (restringe o alvo da pesquisa) e OR para somar as palavras (amplia o alvo da pesquisa).

2.1 ANOREXIA NERVOSA

2.1.1 Definição e quadro clínico

A anorexia nervosa foi o primeiro transtorno alimentar a ser descrito já no século XIX e, igualmente o pioneiro a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970 (CORDÁS, 2004).

Atualmente há dois critérios diagnósticos para determinar a anorexia: O DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition*) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição). Seguindo os critérios do DSM-IV a anorexia nervosa se caracteriza por:

1. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado.

2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior.
3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se auto-avaliar; negação da gravidade do baixo peso.
4. No que diz respeito especificamente às mulheres, há ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorréia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, o estrógeno administrado (APA, 1994).

Além disso, este critério admite dois subtipos da anorexia nervosa: restritiva e purgativa. No tipo restritivo não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos), enquanto que no tipo purgativo existe episódio de comer compulsivamente e/ou purgação (APA, 1994).

Os critérios de diagnóstico pelo CID-10 são:

1. Há perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado.
2. A perda de peso é auto-induzida pela restrição da ingestão de “alimentos que engordam”.
3. Há uma distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar.
4. Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva) (OMS, 1993).

É preciso ressaltar que o critério do CID-10 não admite subtipos da anorexia nervosa.

Conforme seu significado etimológico, o termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (ausência, privação). Portanto, anorexia nervosa, que significa perda de apetite de origem nervosa, não seria a expressão mais adequada, considerando que, pelo menos nos estágios iniciais da doença, não ocorre uma perda real do apetite e sim uma privação intencional do consumo alimentar (BIGHETTI, 2003).

Entre os sintomas que podem ser referidos pelos pacientes com AN estão: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, amenorréia, dificuldade de concentração (BORGES *et al.*, 2006).

A AN é uma doença que leva à inanição, com excessiva perda de peso e com grande desgaste físico e psicológico. Há muitas complicações que ocorrem nesses indivíduos como: desidratação; comprometimento cardíaco; distúrbios de motilidade gastrointestinal; problemas renais; infertilidade; hipometabolismo; problemas dentários; anemia; osteoporose. Pacientes que estiverem na pré-puberdade poderão ter atraso na maturação sexual, no desenvolvimento físico e no crescimento, e não atingirem a estatura esperada. Outras características que se encontram presentes são: depressão; ansiedade e sintomas obsessivos; traços perfeccionistas; desinteresse sexual; preocupação em comer em público; sentimento de inutilidade; forte necessidade de controlar o próprio ambiente; isolamento social, pensamento inflexível; espontaneidade social limitada e iniciativa e expressão emocional reprimida (APA, 1994; APA, 2000; VILELA *et al.*, 2004).

As mulheres que já menstruam costumam apresentar supressão das menstruações (amenorréia). Isso é devido a níveis abaixo do normal de secreção de estrógenos que, por sua vez, deve-se a uma redução da secreção de hormônio folículo-estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) pela pituitária. Essa ocorrência indica séria disfunção fisiológica na AN. A amenorréia em geral é uma conseqüência da perda de peso, mas em uma minoria de pacientes pode precedê-la. Em jovens pré-púberes, o aparecimento de menstruações (menarca) pode ser retardado pela doença (BALLONE, 2003).

A AN é o transtorno que conta com mais estudos neuropsicológicos e, de uma forma geral, os resultados apontam para déficits de atenção, déficits viso-espaciais (tamanho corporal) e de viso-construção (não conseguir processar a informação visual de si) (DUCHESNE *et al.*, 2004). É também a enfermidade mais susceptível de apresentar densidade mineral óssea diminuída. O grau de deficiência da massa óssea está relacionada com a severidade da AN em função de sua duração e o grau de perda de peso. Não se tem claro se a idade de início da enfermidade, independente de sua duração, tem um efeito na densidade mineral óssea (RIVERA-GALLARDO *et al.*, 2005).

A restrição energética presente nos indivíduos com AN afeta o consumo de macronutrientes. A aversão aos carboidratos e gorduras é evidente, enquanto o consumo de proteínas normalmente está dentro da porcentagem que deve ser ingerida, apesar da sua utilização ser comprometida pela ingestão energética insuficiente (FISCHER *et al.*, 1995). As

deficiências de vitamina e minerais são raras na AN devido ao uso freqüente de suplementos e à diminuição das necessidades (LATTERZA *et al.*, 2004).

As taxas brutas de mortalidade variam de 5% a 20%, sendo que as principais causas são complicações da própria anorexia nervosa (50% a 54%), suicídio (24% a 27%) e causas desconhecidas (15% a 18%) (OLIVEIRA *et al.*, 2003; PINZON; NOGUEIRA, 2004).

A Anorexia nervosa é complexa, séria e frequentemente uma condição crônica que pode necessitar de uma variedade de modalidades de tratamento para diferentes estágios da doença e recuperação. Tratamentos específicos incluem reabilitação nutricional, intervenções psicossociais, e medicações, todos devem ser usados para corrigir a desnutrição. Além disso, é necessária atenção às distorções culturalmente mediadas e déficits psicológicos, comportamentais e sociais. A complexidade e gravidade do quadro clínico apresentado pelas pacientes exigem intervenção multidisciplinar e integral (APA, 2000; SANTOS, 2004).

2.1.2 História

Segundo Weinberg *et al.* (2005) apesar de a AN ser considerada por muitos uma patologia contemporânea, há evidências de que ela seria um tipo de comportamento inalterado contínuo através da história do Ocidente.

De acordo com Gorgati (1999), na Europa medieval, entre os anos 1200 e 1500, muitas mulheres praticavam jejuns prolongados e por conseguirem se manter vivas em estado de inanição eram consideradas santas ou milagrosas. Nos primeiros anos da Idade Média, a glotonaria passou a ser sinônimo de impureza, a gula converteu-se em um dos sete pecados capitais e a rejeição aos alimentos foi eleita a principal penitência para se obter máxima espiritualidade. Além disso, outras vantagens eram alcançadas, como barganhar por abstinência sexual com seu marido, rejeitar um casamento indesejado, assumir o papel de conselheiras e reformadoras das regras da igreja. Neste contexto, começaram a aparecer as santas anoréxicas.

Um dos mais antigos relatos é o de Santa Wilgefortis, nos anos 700-900 D.C. Filha de um rei de Portugal, a princesa Wilgefortis teria feito voto de castidade e prometera servir a Deus quando seu pai lhe prometera em casamento para um rei da Sicília. Sabendo disso, desejou a privação de sua beleza para perder seus atrativos femininos, praticando inanição auto-imposta, fazendo com que seu pretendente desistisse do casamento (BIGHETTI, 2003).

Outro caso foi o da Santa Catarina de Siena, que intensificou o asceticismo e religiosidade com a preocupação de seus pais em lhe conseguir um marido. Alegava sentir-se mais forte com o jejum e perto de Deus, vindo a falecer de desnutrição aos 32 anos de idade (BIGHETTI, 2003).

Santa Rosa de Lima, considerada a Patrona da América e das Filipinas, foi a primeira santa latino-americana a ser canonizada (1671) e ter sua obra difundida na Europa. Ainda criança, Rosa passava muitas horas no altar, em oração. Depois de ler sobre a vida de Santa Catarina de Siena, tomou-a por modelo, começando por jejuar três vezes por semana e aplicando-se severas penitências (WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2005).

No Renascimento a renúncia a comer passa a ser vista como ato demoníaco, herege ou insano. As perturbações do espírito começam a ganhar uma constelação científica, embora ainda ligada a uma visão religiosa. A medicina começou a despertar interesse em compreender a sobrevivência em inanição neste período, buscando uma explicação científica (GORGATI, 1999; WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2005).

Em 1691 foi feita a primeira descrição médica da anorexia nervosa, pelo médico inglês Richard Morton (1637-1698)², que descreveu o caso de uma jovem de dezessete anos, que não se alimentava, tinha feições cadavéricas, os pêlos haviam sido substituídos por lanugo, estava bradicárdica, hipotérmica, hipotensa e suas extremidades eram cianóticas, mas não apresentava afecção orgânica para tal quadro (BUSSE; SILVA, 2004).

A partir da segunda metade do século XIX a anorexia emerge como uma entidade clínica independente, com sintomatologia e patogenia distintas, a partir dos relatos feitos pelo médico inglês Gull (1816-1890)³ e pelo psiquiatra francês Laségue (1816-1883)³. Em 1873, Laségue publica o artigo “*Del’ anorexie hystérique*”, onde ressalta a origem psíquica da doença e a divide em três estágios: (1) recusa alimentar como forma de controlar a dor gástrica; (2) a histeria faz com que haja uma suscetibilidade exagerada à dor, a enferma amplia a importância dos sintomas em virtude de perversão intelectual e (3) instalação do quadro: amenorréia, diminuição das paredes abdominais, constipação persistente, pele

² Richard Morton (1637-1698), médico inglês, foi quem realizou a primeira descrição clínica da anorexia nervosa, à época, não considerada uma doença, mas parte de um complexo sintomatológico maior (GORGATI, 1999).

³ William Withey Gull (1816-1890), médico inglês, simultaneamente à Laségue, foi o primeiro a reconhecer a anorexia como uma patologia, iniciando a concepção moderna deste transtorno. Ernest-Charles Laségue (1816 - 1883), médico psiquiatra francês, de sucesso na área de medicina legal em portadores de distúrbios mentais e em medicina somática, se dedicou ao estudo da sintomatologia a que chamou de anorexia histérica, estabelecendo o quadro desta patologia. Destacou-se também, por propor uma nova forma de tratamento, onde levava em conta a relação com o paciente e a interação com a família (GORGATI, 1999; WIKIPÉDIA, 2007).

ressecada, rugosa. Neste mesmo período, Gull apresenta o tema “Anorexia nervosa” para a *Clinical Society of London*, criando assim o termo que é mantido até hoje (GORGATI, 1999; CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Essas colocações abrem caminho para as ações de Charcot (1825-1893)⁴, que se preocupa mais com a sobrevivência das pacientes, dispondo-se a ouvi-las, sendo o primeiro a detectar o aspecto psicopatológico central que motivava as mulheres anoréxicas que seria a fobia de peso. Em 1914 através da descoberta de uma caquexia hipofisária por Simmonds (1855-1925)⁴, a anorexia passa a ser vista como uma doença endócrina. O conceito clássico é restabelecido em 1949 por contribuições de Sheehan e Summer⁴ (GORGATI, 1999).

Nos anos 1970 começaram a surgir critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia, onde o foco se dá nas perturbações da imagem corporal, com grande destaque as investigações de Hilde Bruch (1904-1984)⁵, Arthur Crisp⁵ e Russel⁵. Hilde Bruch propôs que a psicopatologia central da anorexia nervosa compreendia deficiências do ego e da personalidade. Crisp considerou a anorexia nervosa como “um estado de fobia de peso” no qual as pacientes buscavam evitar as demandas biológicas e psicológicas da puberdade a partir da manutenção do peso em um nível pré-pubertário. Russel estabeleceu três características fundamentais da anorexia: (1) comportamento persistente com o objetivo de perder peso; (2) alterações psicológicas causadas pelo medo de engordar; (3) alterações endócrinas, como amenorréia nas mulheres e falta de interesse sexual nos homens (SILVA; CRUZ, 2000; CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Na década de 1980 utiliza-se o conceito biopsicossocial, onde a anorexia seria produto de uma interação de fatores predisponentes (de ordem individual ou familiar), de elementos desencadeantes e de fatores perpetuantes (GORGATI, 1999).

⁴ Jean-Martin Charcot (1825-1893), médico e cientista francês, alcançou fama no terreno da psiquiatria, na segunda metade do século XIX. Seus estudos sobre a histeria desenvolveram idéias que desvendaram o mecanismo psíquico envolvido na instalação dos sintomas de anorexia nervosa.

Morris Simmonds (1855-1925), médico patologista alemão, descobriu a caquexia hipofisária (doença de Simmonds), identificada por meio de autópsia de uma paciente caquética. Essa descoberta, porém, confundiu a diferenciação entre insuficiência pituitária e anorexia nervosa, resultando no tratamento da anorexia com uma variedade de medicações endocrinológicas.

Sheehan e Summer documentaram diferenças clínicas significativas entre AN e atrofia pituitária, restituindo as pesquisas para a etiologia psicológica da anorexia nervosa (GORGATI, 1999; WILKEPEDIA, 2007).

⁵ Hilde Bruch (1904-1984), pesquisadora de grande influência sobre o papel da imagem corporal no desenvolvimento da anorexia nervosa. Propõe uma terapêutica condutivista, mas que leva em conta o processo do sujeito.

Arthur Crisp definiu a anorexia nervosa como uma "fobia do peso", devido ao receio mórbido que estes doentes têm de engordar, relacionando-a com as dificuldades psicológicas de encarar as transformações da puberdade e da adolescência

Gerald Russel estabeleceu pela primeira vez as três características fundamentais da anorexia e fez a primeira descrição da bulimia nervosa, como uma doença derivada da anorexia (GORGATI, 1999; COBELO, 2007).

As questões contemporâneas implicam o biológico, o genético e os aspectos psicológicos e familiares, onde ganham relevo as idéias sobre o papel da moda e sua influência na determinação da imagem corporal. E diferentemente da concepção sagrada que motivava as santas a manterem-se em jejum, as anoréxicas da modernidade são influenciadas pelos padrões estéticos estipulados pela sociedade, a valorização do corpo magro como ideal de beleza feminina (WEINBERG; CORDÁS; MUNOZ, 2005).

2.1.3 Etiologia

O modelo etiológico atualmente aceito é multifatorial, com contribuição de fatores psicológicos, biológicos, familiares e socioculturais, que interagem na determinação da manifestação da anorexia nervosa (APA, 1994; FLEITLICH *et al.*, 2000; FAIRBURN; HARRISON, 2003).

Entre os fatores psicológicos, destacam-se alguns traços de personalidade como: obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão. Outra descrição encontrada em comum nesses indivíduos é a de “indivíduos frustrados e insatisfeitos, que se sentem incapazes de condenar os “cuidados” pelas suas insatisfações” (FLEITLICH *et al.*, 2000; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Dentre as características biológicas, devemos considerar os fatores genéticos. Parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com AN apresentam um risco aumentado de desenvolver o transtorno, assim como há uma taxa de concordância muito maior em gêmeos monozigóticos (50% de concordância) em comparação com gêmeos dizigóticos (10% de concordância). Parentes de primeiro grau de pacientes com anorexia exibem um risco de aproximadamente oito vezes maior de apresentar a doença do que a população em geral (APA, 1994; FLEITLICH *et al.*, 2000).

As características de famílias com sistemas homeostáticos rígidos, super-proteção, envolvimento excessivo entre os membros e pouca motivação para mudanças se repetem em pacientes com anorexia nervosa, porém não há evidências de que possam ser consideradas causas (FLEITLICH *et al.*, 2000).

O ambiente familiar antes da instalação do quadro é percebido como “normal” e o filho portador como “saudável”, “inteligente” e “perfeccionista”. O perfeccionismo é um traço de caráter que, nesse contexto, remete à necessidade de aceitação social que os pacientes

anoréxicos têm, precisam agradar o outro e continuamente buscam reassseguramento de que estão sendo aceitos (SANTOS *et al.*, 2004).

Muitos fatores socioculturais, incluindo a pressão dos colegas, pais, mídia, e outros elementos do ambiente social, podem afetar o padrão das pessoas com relação ao peso (VEGGI *et al.*, 2004).

As sociedades ocidentais contemporâneas vivem atualmente sob o ideal da magreza e da boa forma física. Este padrão se impõe especialmente para as mulheres, nas quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal. Proliferam novas e miraculosas dietas para emagrecimento; as academias de ginástica apresentam inúmeras opções de exercício e revelam o alto investimento tecnológico para o desenvolvimento de técnicas de exercício físico (MORGAN; AZEVEDO, 1998).

“A anorexia nervosa se insere nesse caldo de cultura em que o corpo, altamente valorizado, reificado e convertido em fetiche-mercadoria preferencial pelo capitalismo contemporâneo, apresenta-se como a medida do valor próprio do indivíduo” (SANTOS *et al.*, 2004).

Em relação ao nível sócio-econômico, os transtornos alimentares têm sido classicamente associados aos estratos mais altos da sociedade. Recentemente, no entanto, diversos autores têm questionado esta relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava. Em sua dissertação de mestrado, Azevedo (1996) coloca que "o achado de anorexia nervosa em pacientes oriundas de famílias de baixa renda ou mesmo de origem racial negra nos faz considerar que a influência cultural de padrões de beleza ocidental pode predominar sobre aspectos étnicos e sócio-econômicos" (MORGAN; AZEVEDO, 1998).

O início do quadro clínico ocorre freqüentemente a partir da elaboração de uma dieta, em que o paciente inicia a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles que julga mais calóricos. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com diminuição do número de refeições, podendo evoluir drasticamente, até o jejum. Paulatinamente o paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, de tabela de calorias e do medo patológico de engordar. Concomitantemente esses pacientes apresentam traços de personalidade como preocupações e cautela em excesso, medo de mudanças, hipersensibilidade e gosto pela ordem (BORGES *et al.*, 2006).

O fator desencadeante para o transtorno alimentar pode ser algum evento significativo como perdas, separações, mudanças, doenças orgânicas, distúrbios da imagem corporal, depressão, ansiedade e, até mesmo, traumas de infância, como abuso sexual. No entanto, a

forma como estes fatores vão atuar como causa do distúrbio ainda não está esclarecida (PAXTON, 1998; BORGES *et al.*, 2006).

2.1.4 Instrumentos para avaliação de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal: *Eating Attitudes Test (EAT)* e *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

De acordo com Vale (2002), o que mais chama atenção do ponto de vista epidemiológico, nos levantamentos realizados pelas pesquisas na área de transtornos alimentares não são os casos que preenchem todos os critérios diagnósticos, pois para esses a prevalência é baixa (em torno de 1% a 3%), mas principalmente o grande número de mulheres que apresentam práticas alimentares e comportamentos típicos de um transtorno alimentar (prevalência em média 30%), sem atingir todos os critérios diagnósticos, são as chamadas síndromes parciais ou casos sub-clínicos.

Os instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares surgiram com a necessidade de sistematizar os estudos destes transtornos a partir do estabelecimento e aprimoramento de seus critérios diagnósticos.

Há ainda muita controvérsia sobre os métodos mais adequados para a avaliação dos transtornos alimentares. De um modo geral, podemos agrupar os instrumentos de avaliação em, pelo menos três categorias: (1) questionários auto-aplicáveis; (2) entrevistas clínicas; (3) automonitoração (FREITAS *et al.*, 2002).

Os questionários auto-aplicáveis são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de um grande número de indivíduos, porém, alguns conceitos, como o de compulsão alimentar periódica (CAP) são difíceis de avaliar com exatidão nestes tipos de questionários. Os mais utilizados são: *Eating Attitudes Test (EAT)*, *Eating Disorder Inventory (EDI)*, *Eating Disorder Examination (EDE-Q)*, *Binge Eating Scale (BES)*, *Bing Scale (BS)*, *Bulimia Test (BULIT)*, *Bulimic Investigatory Test Endiburgo (BITE)* e *Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP)*. Quanto às entrevistas clínicas, a mais utilizada, validada e considerada padrão-ouro é a *Eating Disorder Examination (EDE)*, consiste em uma entrevista clínica semi-estruturada que fornece avaliações descritivas da gravidade da psicopatologia específica dos transtornos alimentares e gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV, porém em muitas situações seu uso torna-se inviável, por apresentar aplicação demorada e necessitar de entrevistadores bem treinados. Outra alternativa de entrevista clínica é a *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID/P)*, que é

considerada uma entrevista padrão para a verificação dos diagnósticos psiquiátricos, segundo o DSM-IV e amplamente utilizada em pesquisa psiquiátrica. O auto-monitoramento consiste na aplicação de diários alimentares, nos quais os pacientes anotam a ingestão alimentar diária geralmente no período de uma semana. As dificuldades incluem a falta de aceitação pelos pacientes e a incerteza quanto à fidedignidade das anotações (FREITAS *et al.*, 2002).

O EAT-26 é um instrumento auto-relato, reconhecido internacionalmente, elaborado por Garner e Garfinkel⁶ (1979), empregado para avaliar e identificar padrões alimentares anormais. É um dos instrumentos mais utilizados atualmente, sendo um teste psicométrico utilizado em estudos com AN com o objetivo de medir sintomas da síndrome de maneira mais fácil e rápida, favorecendo assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento, evitando a evolução da doença (BIGHETTI, 2003).

No Brasil, o teste possui duas traduções. A primeira em 1994, em estudo de Nunes *et al.* (1994), onde as traduções foram realizadas por brasileiros e professores de língua inglesa e posteriormente avaliada por duas pessoas bilíngues, de língua materna inglesa, as quais fizeram a retro-tradução. A tradução final foi testada em adolescentes de 12 a 15 anos de escolas públicas em Porto Alegre, onde foi aceita e considerada como adequada. O segundo estudo de tradução foi realizado em 2003, onde foi traduzido por três profissionais com domínio na língua inglesa que trabalhavam em equipe multiprofissional de transtornos alimentares, a retro-tradução foi feita por um profissional bilíngue com experiência na área de saúde. A validação do teste foi realizada em estudantes do sexo feminino na faixa etária de 12 a 19 anos, de duas escolas privadas de Ribeirão Preto (SP). A análise de confiabilidade e consistência interna do EAT-26 apresentou valor Alfa de Cronbach igual a 0,82, considerado um critério de validação muito satisfatório (BIGHETTI, 2003).

Magalhães e Mendonça (2005) também realizaram um estudo de teste de confiabilidade do EAT-26, com amostra de 60 universitárias ingressantes em uma universidade pública do Rio de Janeiro. A estimativa pontual para Kappa obtida para este instrumento foi igual a 0,81, considerada “quase perfeita”, com concordância esperada de 81% e concordância observada de 96,67%, indicando um bom desempenho do instrumento.

O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) é um teste auto-aplicável, elaborado por Cooper *et al.* (1987), que avalia a preocupação com a imagem corporal. Na primeira avaliação de validade, o BSQ foi correlacionado com a subescala de insatisfação corporal do *Eating*

⁶ Garner e Garfinkel sugeriram que a pressão para se tornar magro é um fator envolvido na gênese dos transtornos alimentares após estudarem dançarinas e bailarinas e também documentaram a evolução do padrão de beleza em direção à magreza ao longo de 20 anos (MORGAN; AZEVEDO, 1998).

Disorder Inventory (EDI) e com a pontuação total do EAT-26 para um grupo de pacientes bulímicas e outro de estudantes. As correlações entre estes instrumentos foram significativas, estabelecendo a validade simultânea do BSQ-34. Os autores concluíram que este é um bom instrumento para avaliar as preocupações com a imagem corporal, auto-depreciação devido à aparência física e a sensação de estar gorda (COOPER *et al.*, 1987).

No Brasil, este instrumento foi traduzido para o português, com aplicação exclusivamente para o sexo feminino, versão denominada Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34) (CORDÁS, 2000). Manetta (2002) testou a validade interna, dimensionalidade e desempenho deste instrumento em estudantes universitários, concluindo que após ser traduzido para a língua portuguesa manteve as características da escala original.

Estes testes são recomendáveis pela facilidade de administração e economia na avaliação, além de permitir aos respondentes revelar um comportamento que, por constrangimento poderia deixá-los relutantes numa entrevista clínica, porém, apresentam algumas desvantagens em sua administração, como ser inapropriados para diagnósticos de transtornos e serem extensos, principalmente quando utilizados juntos (NUNES *et al.*, 1994; FREITAS *et al.*, 2002).

2.1.5 Panorama mundial

As estimativas sobre a prevalência dos transtornos psiquiátricos baseiam-se no reconhecimento e delineamento precisos dos transtornos nos esquemas de classificação (CID e DSM) e no desenvolvimento para os estudos epidemiológicos nas comunidades (HAY, 2002).

Estudos precisos sobre a prevalência têm sido mais difíceis de serem realizados, devido à dificuldade de recrutar um número suficiente de indivíduos com AN e à dificuldade de identificação dos casos por instrumentos de avaliação de boa qualidade. O sentimento de negação da própria condição patológica, muitas vezes conseqüência de tabu existente em torno dos sintomas dos transtornos alimentares, leva essas síndromes a se estenderem por um longo período de tempo sem serem diagnosticadas (KLENDER, 1997; HAY, 2002).

Pesquisas populacionais têm-se mostrado problemáticas e variáveis com relação à definição e seleção de casos. Estudos com metodologias e amostras diversas dificultam a obtenção de dados epidemiológicos mais acurados (HAY, 2002; PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Dados atuais indicam um crescimento importante da incidência e prevalência dos transtornos alimentares nas últimas quatro décadas. Este aumento coincide com a ênfase na magreza feminina como uma expressão de atração sexual. Atualmente a sociedade valoriza a atratividade e a magreza em particular, fazendo da obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada (FIATES; SALES, 2001; DUNKER; PHILLIPPI, 2003).

Essas patologias alimentares parecem ser doenças “ocidentais”, uma vez que ocorrem mais freqüentemente em países desenvolvidos e industrializados. Porém, tem sido cada vez mais documentado o crescimento de casos em países nos quais costumavam ser raros, talvez por influência de modificações culturais. Por exemplo, o Japão tem tido um aumento substancial de transtorno alimentar, com números comparáveis aos dos Estados Unidos, além disso, há um aumento de sintomas de transtornos entre as mulheres chinesas expostas à cultura e modernização em cidades como Hong Kong (APA, 2000; LEE; CHAN; HSU, 2003).

Com base em revisão da literatura realizada em bases de dados eletrônicas, identificou-se estudos internacionais e nacionais que empregaram métodos de investigação de sintomas de anorexia nervosa. O **Quadro 1** apresenta os artigos internacionais selecionados e analisados, segundo os autores e ano da publicação, as características da amostra, o método de investigação dos sintomas de anorexia nervosa e a prevalência encontrada.

Quadro 1 - Relação dos estudos internacionais sobre anorexia nervosa, conforme autoria e ano de publicação, local do estudo, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada, publicados no período de 1996 a 2006

Autor/ano	Localidade	Características da amostra	Método de investigação dos sintomas de NA	Prevalência encontrada
Kuboki <i>et al.</i> , 1996	Japão	Investigou-se 3.397 hospitais em 1985 e 1.892 em 1992 em busca de pacientes tratados por AN	DSM- III	3,6 de indivíduos com AN em 1985 e 4,5 em 1992 por 100.000 habitantes
Pastore; Fischer; Friedman, 1996	Nova York	1.001 estudantes, de ambos os sexos, com média de 16 anos de uma escola secundária	EAT-26	12%
Hoerr, 2002	Michigan (EUA)	1.620 universitários residentes nos alojamentos estudantis da Universidade de Michigan	EAT-26	10,9% nas mulheres e 4% de nos homens
Miotto <i>et al.</i> , 2003	Italia	930 adolescentes entre 15 e 19 anos do nordeste da Itália	EAT-40	15,8% das mulheres e 2,8% dos homens
Riffo <i>et al.</i> , 2003	Chile	263 mulheres universitárias do curso de medicina da Universidade do Chile	EAT-26	15,6%
Mejía <i>et al.</i> , 2003	Colombia	191 universitárias de 16 a 25 anos da Universidade CES	DSM-IV	0,5%
Kjelsas, Bjornstrom, Gotestam, 2004	Noruega	1.960 adolescentes entre 14 e 15 anos de escolas secundárias	<i>Survey for Eating Disorders (SEDs)</i> baseado nos critérios do DSM-III e IV	17,9%
Anstine; Grinenko, 2005	Flórida (EUA)	402 universitárias ingressantes na Universidade da Flórida	EAT-26	17%
Kugu <i>et al.</i> , 2006	Turquia	951 estudantes da Universidade Cumhuriety	EAT-40	7,4%
Uzun <i>et al.</i> , 2006	Turquia	414 universitárias de 16 a 24 anos	EAT-40 e <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)</i>	17,1% e 0,5%
Grange <i>et al.</i> , 2006	África do Sul	895 estudantes de escola secundária e universitárias de 14 e 24 anos.	EAT-26	14%
Makino <i>et al.</i> , 2006	Japão	712 universitárias da Universidade de Rikkyo (Tóquio) com idade média de 19 anos	EAT-26	5,1%

Foram localizados 12 estudos de prevalência de anorexia nervosa na faixa etária de 14 a 25 anos. Os instrumentos predominantes foram EAT-26 e entrevistas clínicas pré-

estruturadas com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV. A menor prevalência encontrada de sintomas de anorexia nervosa foi de 5,1% e a maior prevalência foi de 17,9%.

O estudo realizado por Kuboki *et al.* (1996) em hospitais do Japão, comparou dados de prevalência de anorexia nervosa de 1985 e 1992, e observou um pequeno aumento da prevalência nesse período, de 3,6 para 4,5 por 100.000 habitantes na população geral, de 6,3 para 9,7 por 100.000 entre a população feminina, e de 25,2 para 30,7 por 100.000 entre 13 e 19 anos da população feminina (KUBOKI *et al.*, 1996).

Hoerr (2002) ao avaliar 1.620 universitários, de ambos os sexos, residentes nos alojamentos estudantis da Universidade de Michigan, por meio do EAT-26, encontrou 10,9% das mulheres e 4% dos homens com presença de sintomas de anorexia nervosa, além disso, 4,5% das mulheres e 1,4% dos homens relataram ter previamente sido tratados de transtorno alimentar.

A literatura relata que a anorexia nervosa tem sido mais comum nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Europa, Nova Zelândia, Japão e África do Sul, porém, ressalta-se que poucos trabalhos sistemáticos examinaram a prevalência em outros países (APA, 1994; FISCHER, 1995; CORDÁS, 2001). O estudo realizado por Grange *et al.* (2006) corrobora com esses dados, pois ao avaliarem 895 africanas estudantes de escola secundária e universitárias entre 14 e 24 anos (57% da raça branca e 43% da raça negra ou miscigenada) na África do Sul, com base no EAT-26, 14% dos participantes obtiveram resultado positivo para comportamento anoréxico, destes 90% foram mulheres da raça branca.

Apesar de estudos apresentarem resultados de maior prevalência em população da área urbana, os valores sociais da importância da aparência física no papel sexual das mulheres, e apresentação de magreza extrema nas mulheres como imagem corporal ideal para o sucesso social não foram diferentes para mulheres da área rural da Turquia, de acordo com os resultados encontrados por Kugu *et al.* (2006).

Os transtornos alimentares têm sido classicamente associados aos estratos mais altos da sociedade, contudo, diversos autores têm questionado esta relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava (MORGAN; AZEVEDO, 1998). Os resultados encontrados por Mejía *et al.* (2003) confirmam essa distribuição mais homogênea da anorexia nervosa entre as classes econômicas.

2.1.6 Panorama nacional

No Brasil, de acordo com Cordás (2001), até 1990 não existiam trabalhos sobre transtornos alimentares. Foi a partir de 1992 com a implantação do modelo inglês de tratamento aos transtornos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que se formaram as primeiras equipes de profissionais e as primeiras produções científicas na área. Atualmente os estudos ainda são limitados no país, porém têm aumentado gradativamente, respondendo atualmente por cerca de 45% das publicações da América Latina, fornecendo importantes dados de prevalência nacional (CORDÁS, 2001).

A relação dos estudos nacionais sobre anorexia nervosa encontrados em bases de dados eletrônicas, encontra-se no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Relação dos estudos nacionais sobre anorexia nervosa, conforme autoria e ano de publicação, local da pesquisa, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada, publicados no período de 2001 a 2006

Autor/ano	Localidade	Características da amostra	Método de investigação dos sintomas de NA	Prevalência encontrada
Nunes <i>et al.</i> , 2001	Rio Grande do Sul	513 mulheres avaliadas de 12 a 29 anos residentes na zona urbana de Porto Alegre	EAT- 26	16,6% de sintomas
Fiates; Salles, 2001	Santa Catarina	221 universitárias de 19 a 25 anos	EAT-26	22,2% das alunas com sintomas
Souza <i>et al.</i> , 2002	Ceará	199 universitárias com idade média de 20 anos do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará	EAT-26	5,5% das universitárias com sintomas
Vale, 2002	Ceará	652 estudantes do sexo feminino de 14 a 20 anos matriculadas no 2º ano do ensino médio	EAT-26	9% dos estudantes com sintomas
Dunker; Philippi, 2003	São Paulo	279 alunas de ensino médio do sexo feminino entre 15 e 18 anos de uma instituição de ensino particular	EAT-26	21,1% das alunas com sintomas
Luz, 2003	Minas Gerais	326 universitários dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física de uma universidade particular	EAT-26	11,9% dos universitários com sintomas
Vilela <i>et al.</i> , 2004	Minas Gerais	1.807 estudantes de 6 escolas municipais de Minas Gerais entre 7 e 19 anos	EAT-26	13,3% dos estudantes com sintomas
Albuquerque; Souza; Luz, 2006	Minas Gerais	235 universitários de uma universidade pública de Ouro Preto	EAT-26	4,7% dos estudantes com sintomas
Bosi <i>et al.</i> , 2006	Rio de Janeiro	193 estudantes do sexo feminino entre 17 e 32 anos de uma universidade pública do município do Rio de Janeiro	EAT-26	14% dos estudantes com sintomas
Alves, 2006	Santa Catarina	1.148 estudantes do sexo feminino entre 10 e 19 anos de instituições públicas e privadas de Florianópolis	EAT-26	15,6% das estudantes com sintomas

Foram localizados 11 estudos de prevalência de sintomas de anorexia nervosa entre a faixa etária de 7 a 29 anos, sendo predominante nas investigações a utilização do EAT-26 (não houve estudos nacionais que diagnosticaram esse transtorno). A menor e a maior prevalência encontrada na população estudada foram de 4,7% e 22,2%, respectivamente.

De acordo com Vilela *et al.* (2004), tem-se observado um aumento de casos em homens e mulheres de todas as idades. Ao investigar 1807 estudantes entre 7 e 19 anos regularmente matriculados em 5 escolas públicas municipais de área rural do estado de MG em 1998, encontrou-se 13,3% (n = 241) com sintomas de anorexia nervosa, havendo predomínio de estudantes do sexo feminino (p = 0.003)

Um estudo realizado com estudantes do sexo feminino entre 10 e 19 anos (n = 1.148) de instituições públicas e privadas de Florianópolis, avaliou através do EAT-26 a presença de sintomas de AN e encontrou 15,6% das alunas com sintomas sugestivos de anorexia, sendo a maior prevalência entre a faixa etária de 10 a 13 anos (ALVES, 2006).

Na área urbana da cidade de Porto Alegre, um estudo de base populacional com mulheres de 12 a 29 anos (n = 513), encontrou por meio do EAT-26 16,6% das mulheres com resultados positivos para sintomas de anorexia nervosa (NUNES *et al.*, 2001).

A literatura refere maior incidência de distúrbios alimentares em alguns grupos ocupacionais: modelos, atrizes, atletas e nutricionistas, devido nessas atividades existir uma pressão ainda maior para obtenção e manutenção do corpo magro (MORGAN; AZEVEDO, 1998; APA, 2000).

Um estudo realizado com alunas da Universidade Federal de Santa Catarina avaliou 221 alunas e encontrou 22,2% com sintomas de anorexia nervosa, sendo o grupo de alunas de Nutrição (25,4%) com percentual maior que o dos outros cursos (18,7%) (FIATES, SALLES, 2001).

Outro estudo realizado com universitários comparou a presença de sintomas de anorexia nervosa entre estudantes da primeira fase dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física de uma universidade particular no município de Belo Horizonte (n = 326), e encontrou prevalência de 12,1%, 13,9% e 10,9% respectivamente. A prevalência encontrada no total de estudantes avaliados foi de 11,9% (LUZ, 2003).

Bosi *et al.* (2006) avaliaram 193 alunas de nutrição de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro, e encontraram 14% das universitárias com EAT-26 positivo para sintomas de anorexia nervosa.

Vieira *et al.* (2006) avaliaram 101 atletas de judô do estado do Paraná pelo EAT-26, onde encontraram 17,8% das mulheres e 12,9% dos homens com presença de sintomas de anorexia nervosa.

2.1.7 Imagem corporal

Segundo Schilder (1994), a imagem corporal é definida como a figura do nosso próprio corpo que formamos em nossa mente. Thompson (1996), por sua vez, envolve o conceito de imagem corporal em três componentes: (1) perceptivo, relacionado à precisão da percepção da própria aparência física; (2) subjetivo, envolve aspectos como satisfação com a aparência, preocupação e ansiedade associadas; (3) comportamental, situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal (SAIKALI *et al.*, 2004).

Cash e Pruzinsky (1990) elaboraram sete afirmações que melhor abrangem o conceito de imagem corporal. São elas:

- 1) Imagem corporal refere-se às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências. Ela é uma experiência subjetiva.
- 2) Imagens corporais são multifacetadas. Suas mudanças podem ocorrer em muitas dimensões.
- 3) As experiências da imagem corporal são permeadas por sentimentos sobre nós mesmos. O modo como percebemos e vivenciamos nossos corpos relata como percebemos a nós mesmos.
- 4) Imagens corporais são determinadas socialmente. Essas influências sociais prolongam-se por toda a vida.
- 5) Imagens corporais não são fixas ou estáticas. Aspectos de nossa experiência corporal são constantemente modificados.
- 6) As imagens corporais influenciam o processamento de informações, suggestionando-nos a ver o que esperamos ver. A maneira como sentimos e pensamos o nosso corpo influencia o modo como percebemos o mundo.
- 7) As imagens corporais influenciam o comportamento, particularmente as relações interpessoais (BARROS, 2005).

Um dos fatores descritos na determinação dos transtornos de comportamento alimentar é a distorção da imagem corporal. Bruch⁵ em 1962 mostrou pela primeira vez que mulheres anoréxicas superestimavam o tamanho de seus corpos. Na anorexia nervosa, mesmo bastante emagrecidos, os pacientes costumam sentir-se gordos ou desproporcionais, apresentando assim, a distorção da imagem corporal (FLEITLICH *et al.*, 2000; NUNES *et al.*, 2001).

As teorias socioculturais dos distúrbios da imagem corporal se referem às influências estabelecidas dos ideais do corpo às expectativas e experiências, além da etiologia e manutenção dos distúrbios da imagem corporal. Nesse sentido, destaca-se a influência negativa que exercem os meios de comunicação de massa. O ideal de beleza feminino centrado na magreza é parte integrante da psicopatologia dos transtornos alimentares, o padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social parece exercer um efeito marcante sobre as mulheres (MORGAN *et al.*, 2002; KAKESHITA, ALMEIDA, 2006).

A cultura da magreza determina valores e normas que por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao tamanho do corpo, à aparência e ao peso, particularmente durante o período de mudanças físicas e início do desenvolvimento de características sexuais secundárias próprias da adolescência. Modelos e atrizes de sucesso, representantes dos padrões ideais de beleza feminina, são extremamente magras e muitas vezes apresentam um corpo de pré-adolescente com formas pouco definidas (NUNES *et al.*, 2001).

Inúmeros estudos têm buscado investigar e avaliar a imagem corporal por meio de diferentes instrumentos de avaliação. De uma forma geral, esses instrumentos podem ser divididos em duas categorias: avaliação subjetiva - que investiga os sentimentos e as atitudes em relação ao corpo; e avaliação perceptual - que aborda aspectos relativos à precisão da percepção do tamanho e da forma corporal (ALMEIDA *et al.*, 2005).

A relação dos estudos nacionais e internacionais que investigaram prevalência de satisfação com a imagem corporal, encontrados em bases de dados eletrônicas, encontra-se no **Quadro 3**.

Quadro 3 - Relação dos estudos nacionais e internacionais sobre satisfação com a imagem corporal, conforme autoria e ano de publicação, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada, publicados no período de 2003 a 2007

Autor/ano	Localidade	Características da amostra	Método de investigação	Resultados
Estudos Internacionais				
Miotto <i>et al.</i> , 2003	Italia	930 adolescentes entre 15 e 19 anos do nordeste da Itália	<i>Body Attitudes Questionnaire</i> (BAQ)	45,5% de insatisfação nas mulheres e 8,6% nos homens
Cilliers; Senekal; Kunneke, 2006	África do Sul	360 estudantes universitárias	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	76.1% leve insatisfação, 11.9% moderada insatisfação e 11.9% grave insatisfação
Pomerleau; Saules, 2007	Estados Unidos	587 mulheres entre 18 e 55 anos	<i>Body Satisfaction</i> (Kurth et al, 1995)	3.5% de insatisfação em não fumantes eutróficas, 2.5% em não fumantes obesas, 3.3% em fumantes eutróficas e 2.2% em fumantes obesas.
Ozmen <i>et al.</i> , 2007	Turquia	2.101 adolescentes entre 15 e 18 anos de escolas públicas e privadas de Manisa	Auto-crítica corpórea	47,2% estavam insatisfeitos com seu corpo
Estudos Nacionais				
Conti, 2002	São Paulo	147 adolescentes entre 10 e 15 anos de uma instituição particular de ensino fundamental	Escala de satisfação das áreas corporais de Brown et al. (1990)	73,1% dos meninos e 63,2% das meninas mostraram-se satisfeitos com a imagem corporal
Matos <i>et al.</i> , 2002	São Paulo	50 pacientes de 18 a 56 anos com obesidade grau III do ambulatório de obesidade da UNIFESP	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	24% com moderada insatisfação e 76% com grave insatisfação com a imagem corporal
Vale, 2002	Ceará	652 estudantes do do sexo feminino de 14 a 20 anos, matriculadas no 2º ano do ensino médio	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	36,2% apresentaram insatisfação com a imagem corporal
Souza <i>et al.</i> , 2002	Ceará	199 universitárias do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará	Auto-crítica corpórea	28,1% apresentaram distorção da imagem corporal
Luz, 2003	Belo Horizonte	326 universitários dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física de uma universidade particular	<i>Body Shape Questionnaire</i> (BSQ)	15,3% de insatisfação com a imagem corporal
Vilela <i>et al.</i> , 2004	Minas Gerais	1807 estudantes de 6 escolas municipais de Minas Gerais de ambos os sexos entre 7 e 19 anos	<i>Body Image Test</i>	59% apresentaram insatisfação com a imagem corporal
Veggi <i>et al.</i> , 2004	Rio de Janeiro	3526 funcionários técnicos e administrativos de uma universidade no estado do RJ	Auto-percepção do peso corporal	58,3% da mulheres e 23,5% dos homens com IMC abaixo de 25kg/m ² consideraram-se

Foram localizados 18 estudos de prevalência de insatisfação com a imagem corporal entre a faixa etária de 8 a 60 anos. O instrumento predominante foi o *Body Shape Questionnaire* (BSQ). A menor e a maior prevalência encontrada com este instrumento foram de 15,3% e 50%, respectivamente.

Ao avaliar por meio da Escala de satisfação das áreas corporais 147 adolescentes entre 10 e 15 anos, estudantes de uma instituição particular de ensino fundamental no município de Santo André, Conti (2002), encontrou 73,1% dos meninos e 63,2% das meninas satisfeitos com a imagem corporal. Nos meninos as áreas de insatisfação reportadas pelo grupo foram: peso corporal, estômago, cintura e coxas. Para as meninas, as áreas identificadas de insatisfação foram: peso corporal, tórax/seio e estômago.

Matos *et al.* (2002) avaliaram 50 pacientes do ambulatório de obesidade da UNIFESP com obesidade grau III e idade entre 18 e 56 anos. Por meio do BSQ encontraram 24% com moderada insatisfação e 76% com grave insatisfação com a imagem corporal. Além disso, houve elevada frequência de episódios de compulsão alimentar periódica nos pacientes com escore elevado na avaliação do BSQ (>140).

Um estudo realizado com 4.030 funcionários de uma universidade no estado do Rio de Janeiro, encontrou que 58,3% das mulheres com IMC menor que 25kg/m² consideravam-se acima do peso ideal e entre os homens esse percentual foi de 23,5%, observou-se ainda uma forte associação entre a presença de transtornos mentais comuns e a percepção de peso muito acima do ideal entre as mulheres (OR=1,84, IC 95% 1.22-2.76) (VEGGI *et al.*, 2004).

Um estudo realizado com 116 universitários maiores de 18 anos em Ribeirão Preto (SP) sobre percepção de auto-imagem, encontrou que 87% das mulheres eutróficas ou com sobrepeso superestimaram seu tamanho corporal, enquanto 73% das mulheres obesas e homens subestimaram o tamanho corporal. Os resultados obtidos também mostraram efeitos significativos dos fatores gênero e classe. As mulheres apresentaram maiores escores do que os homens ($p < 0,05$) e os escores aumentaram à medida que a classe do IMC aumentou para a amostra masculina, mas não para a feminina ($p < 0,05$) (KAKESHITA; ALMEIDA, 2006).

Embora a insatisfação ou distorção da imagem corporal possa estar em outros quadros psiquiátricos, é nos transtornos alimentares que seu papel sintomatológico e prognóstico é mais relevante (SAIKALI *et al.*, 2004).

De acordo com Conti *et al.* (2005), os fatores sociais, influências socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal associado às realizações e felicidade estão entre as causas das alterações da percepção da imagem corporal, gerando

insatisfação em especial para indivíduos do sexo feminino. Diante das consequências adversas que os transtornos podem causar, os profissionais da saúde devem se comprometer não apenas com o tratamento, mas principalmente com a prevenção desses, evitando com que outros jovens venham a desenvolver tais patologias.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Estimar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa nas universitárias por meio do Teste de Atitudes Alimentares (EAT – 26);

3.2.2 Estimar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal nas universitárias ingressantes por meio do Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34);

3.2.3 Avaliar o estado nutricional das universitárias segundo o Índice de Massa Corporal, Circunferência da Cintura e Dobras Cutâneas (bicipital, tricipital, subescapular e suprailíaca);

3.2.4 Avaliar o consumo alimentar das universitárias ingressantes por meio do método Recordatório 24 horas de três dias;

3.2.5 Identificar o perfil sócio-econômico, demográfico e comportamental das universitárias a partir das variáveis renda familiar mensal, número de membros na família, escolaridade dos pais; morar sozinha, com os pais ou com colegas e prática de atividade física;

3.2.6 Testar a associação entre a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal, estado nutricional, consumo alimentar, estado nutricional e perfil socioeconômico, demográfico e comportamental das universitárias ingressantes.

4 MÉTODO

4.1 ÂMBITO DO ESTUDO

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

Este estudo fez parte de um projeto mais amplo que também visava avaliar a prevalência de comportamento bulímico desta população, por isso, o questionário de coleta de dados em apêndice (**Apêndice C**) apresenta informações que não serão exploradas nesta dissertação.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo caracteriza-se como estudo de delineamento transversal, exploratório.

4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL

4.3.1 População de estudo

A população da investigação constituiu-se de adolescentes e adultos jovens do sexo feminino aprovadas no vestibular da UFSC em 2005 e que se encontravam cursando o primeiro semestre de 2006 em um dos 55 cursos de graduação oferecidos pela Instituição o que equivale a 935 alunas (NPD, 2006).

4.3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

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

Foram excluídos da amostra estudantes do sexo masculino mesmo sendo ingressantes na UFSC no primeiro semestre de 2006.

4.3.3 Tamanho da amostra

Adotou-se para o cálculo da amostra mínima necessária os seguintes parâmetros: 95% de confiança, erro amostral de 2,85 pontos percentuais e prevalência de sintomas de anorexia nervosa de 5,5% (Souza *et al.*, 2002). Desta forma, obteve-se uma amostra mínima de 212 alunas. A fim de compensar eventuais perdas ou recusas adicionou-se 20% ao valor da amostra mínima, totalizando 254 alunas.

Inferiu-se que a realização de sorteio das alunas ingressantes, através de suas matrículas nos cursos, seria o procedimento mais eficiente para obtenção da amostra probabilística representativa para a pesquisa. Estes dados foram obtidos junto ao Departamento de Administração Escolar (DAE), no início do primeiro semestre letivo de 2006.

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

A listagem dos cursos e das alunas selecionadas encontra-se no **Apêndice A**.

Quatro cursos (Engenharia de Produção Mecânica, Engenharia de Produção Elétrica, Engenharia Civil e Engenharia Mecânica) ficaram sem representação na população amostral. Fato ocorrido devido o Curso de Engenharia de Produção Mecânica apresentar somente uma aluna matriculada na primeira chamada do primeiro semestre, com isso, no momento de sortear aleatoriamente essa aluna não foi selecionada para compor a amostra. O Curso de Engenharia de Produção Elétrica apresentou somente uma aluna matriculada, que não aceitou participar da coleta de dados. O Curso de Engenharia Civil apresentou apenas duas alunas matriculadas, que não consentiram sua participação na pesquisa. No Curso de Engenharia Mecânica não houve alunas matriculadas através da primeira chamada do primeiro semestre da UFSC em 2006, portanto este curso não foi inserido na listagem fornecida pelo Núcleo de Processamento de Dados (NPD).

4.4 TREINAMENTO DA EQUIPE DE PESQUISA

A equipe de pesquisa foi composta de seis alunas do Curso de Graduação em Nutrição da UFSC que não estavam freqüentando a primeira fase do curso, duas alunas do Programa de Pós-Graduação em Nutrição (pesquisadoras principais), e um Professor Doutor do Departamento de Nutrição (CCS/UFSC) na qualidade de orientador e pesquisador responsável.

O treinamento da equipe consistiu em duas partes: primeiro a parte teórica, onde as pesquisadoras principais apresentaram o projeto, bem como seus objetivos e procedimentos metodológicos. Neste primeiro momento, através da leitura e explicação do questionário de coleta de dados, dúvidas foram elucidadas, referentes à abordagem às alunas, preenchimento do questionário e recordatório alimentar, enfatizou-se também a importância da fidelidade dos dados. A segunda parte do treinamento incluiu a parte prática da pesquisa, onde as pesquisadoras principais foram treinadas, por um profissional de educação física, a padronizarem as medidas antropométricas e as alunas de graduação que compunham a equipe treinaram o preenchimento do recordatório alimentar de 24 horas e participaram como voluntárias-modelos para a aferição das medidas antropométricas. As tomadas das medidas antropométricas foram realizadas segundo procedimentos recomendados na literatura (Lohman *et al.*, 1991). Os valores das medidas antropométricas eram comparados entre as pesquisadoras principais e o treinador. Caso esses valores diferissem muito entre si, nova explicação era feita e aferiam-se novamente as medidas até que se obtivesse valores mais semelhantes.

4.5 ESTUDO PILOTO

O teste piloto foi realizado no período de 29 de maio a 02 de junho/2006 com 25 alunas do Curso de Nutrição que não estavam cursando a 1ª fase, sob o objetivo de oferecer treinamento à equipe de pesquisa, tornando-a mais experiente para as atividades de campo, testar os instrumentos e identificar possíveis dificuldades durante a etapa de coleta de dados.

As alunas foram convidadas a participar da pesquisa na sala de aula, a partir da explicação dos objetivos do projeto pelas pesquisadoras principais, em seguida era combinado horário e local para fazer a coleta de dados. Os dados foram 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 as medidas antropométricas aferidas pela equipe de pesquisa.

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 o período de coleta de dados; seqüência das atividades a serem desenvolvidas; tempo necessário para avaliar as estudantes; realização de ajustes no questionário, a fim de facilitar a compreensão; identificação das partes do questionário que geravam maior número de dúvidas.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada durante o período de 05 de junho de 2006 a 08 de dezembro de 2006⁷, sendo coletados dados que incluíram variáveis demográficas, comportamentais, socioeconômicas, antropométricas e a identificação de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal. As atividades desta etapa foram realizadas na Universidade Federal de Santa Catarina, em períodos estabelecidos pelas universitárias no momento de apresentação da pesquisa, que foram antes ou após as aulas e intervalos entre aulas.

Após o consentimento dos coordenadores dos cursos, as pesquisadoras principais, coletavam o horário das matérias ministradas e sala de aula das alunas inseridas na amostra. Os professores eram solicitados a cederem alguns minutos para a explicação da pesquisa, e então, era exposto para a turma os objetivos, forma de seleção e atividades da pesquisa, bem como os nomes selecionados para compor a amostra e sigilo das informações expostas. 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, anorexia nervosa e bulimia nervosa não eram citados, para não causar resistência à pesquisa.

O local de realização da coleta dos dados, inicialmente foi a sala destinada aos alunos do Programa de Pós-Graduação em Nutrição no Centro de Ciências da Saúde (CCS),

⁷ Ressalta-se que em função do movimento de paralisação dos professores e servidores da UFSC, o primeiro semestre de 2006 teve início no mês de maio de 2007.

composta 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, todos os equipamentos e questionários eram transportados pelas pesquisadoras até o Centro onde seria realizada a coleta de dados. Neste local procurava-se uma sala que estivesse sem aula e realizava-se a pesquisa, sempre tendo o cuidado de manter cortinas e portas fechadas.

No início da coleta de dados as alunas eram informadas sobre as atividades de aferição antropométrica, preenchimento do questionário e registro alimentar. A seqüência da coleta de dados foi: aferição do peso, aferição da estatura, aferição da circunferência da cintura e quadril, aferição das dobras cutâneas, aplicação do questionário e preenchimento do registro alimentar. Houve preocupação por parte das pesquisadoras em não permitir que uma aluna pesquisada influenciasse na resposta de outra, para isso a equipe de pesquisa esteve presente durante o desenvolvimento de todas as atividades orientando as estudantes e esclarecendo possíveis dúvidas.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

A entrada de dados foi executada por dois operadores (pesquisadoras principais) em arquivos separados (dupla entrada). Os arquivos foram confrontados e as diferenças encontradas possibilitaram a correção dos bancos de dados.

4.8.1 Variáveis demográficas, sócio-econômicas e comportamentais

As variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais foram registradas no questionário de coleta de dados. A idade das alunas foi calculada em anos, com base na subtração entre a data de coleta de dados e a data de nascimento. As faixas etárias foram determinadas a partir de agrupamento de idades, segundo critérios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), sendo apresentadas da seguinte maneira:

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

A variável morar com quem foi agrupada em:

- 1) Morar sozinha
- 2) Morar com familiares
- 3) Morar com colegas

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

- 1) Não praticar atividade física.
- 2) Praticar menos que 3 dias na semana;
- 3) Praticar atividade física 3 ou mais dias na semana.

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, segundo padrões estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005):

- 1) 1 – 4 anos de estudo completos;
- 2) 5 – 8 de estudo completos;
- 3) 9 - 12 anos de estudo completos;
- 4) mais de 12 anos de estudo completos.

A renda familiar mensal líquida, coletada em valor absoluto (em Reais) foi utilizada apenas para caracterização geral da amostra. A renda per capita mensal foi obtida através da divisão da renda familiar mensal líquida pelo número de pessoas da família dependentes do valor monetário informado na renda. A renda familiar mensal foi convertida em salários mínimos e categorizada. As categorias criadas foram:

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

4.8.2 Antropometria

Foram tomadas as medidas de peso, estatura, circunferência da cintura e do quadril, e dobras cutâneas bicipital, tricipital, subescapular e suprailíaca das estudantes selecionadas a fim de se obter o perfil nutricional da amostra. Tais medidas foram aferidas pelas pesquisadoras principais em uma única tomada, no caso da aferição do peso, estatura,

circunferência da cintura e quadril e em três tomadas para aferição das dobras cutâneas. A coleta destas medidas antropométricas seguiu as recomendações de Lohman *et al.* (1991).

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

O peso foi mensurado por meio de balança eletrônica da marca Marte série PP, com capacidade para 180 kg e precisão de 100 g. O peso foi registrado em quilogramas (kg), com até uma casa após a vírgula.

A estatura foi obtida com auxílio de antropômetro milimetrado da marca Altuxata. 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. Apresenta escala bilateral de 35 até 213 cm e resolução de 0,1 cm. A estatura foi registrada em centímetros (cm), com até uma casa após a vírgula (milímetro).

O peso e a estatura das universitárias foram empregados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que é dado pela fórmula: peso (kg) dividido pela estatura (m) elevada ao quadrado. O diagnóstico dos diferentes estados nutricionais foi investigado a partir do critério recomendado pela WHO (1998).

Os pontos de corte estabelecidos nesta pesquisa para diagnóstico de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade, estão apresentados no **Quadro 4**.

Quadro 4 – Pontos de corte estabelecidos segundo IMC para diagnóstico de estado nutricional

Valores de IMC (kg/m ²)	Diagnóstico nutricional
< 18,5	Baixo Peso
≥18,5 e < 25	Eutrofia
≥25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30,0	Obesidade

Fonte: World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

Com base em evidências que sugerem que a circunferência da cintura sozinha provê uma correlação mais prática da distribuição de gordura abdominal e sua mudança é capaz de refletir mudanças nos fatores de risco para doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas (WHO, 1998), optou-se por utilizar para o diagnóstico nutricional a medida de Circunferência

da Cintura (CC), que foi aferida por meio de fita métrica inextensível com precisão de 01 milímetro.

Os pontos de corte são os especificados no **Quadro 5**.

Quadro 5 - Pontos de corte estabelecidos segundo CC para risco de doenças cardiovasculares

Ponto de corte	Risco para doenças cardiovasculares
CC < 80 cm	Ausência de risco
CC ≥ 80 cm	Risco aumentado

Fonte: Adaptado de WHO (1998).

As dobras cutâneas foram aferidas com o adipômetro Lange científico de precisão de 01 milímetro. As medidas de dobras cutâneas bicipital, tricipital, subescapular e suprailíaca foram utilizadas para estimar o percentual de gordura corporal, a partir da fórmula de Durnin e Womersley (1974), contruída a partir do somatório de quatro dobras cutâneas (DCB + DCT + DCSE + DCSI).

O %GC foi calculado em software de análise de composição corporal versão de Costa (1996). Considerando a classificação de Lohman (1992), os pontos de corte para diagnóstico nutricional são os seguintes (**Quadro 6**):

Quadro 6 - Pontos de corte em %GC para o diagnóstico nutricional

Ponto de corte	Diagnóstico nutricional
GC ≤ 8%	Desnutrição
GC > 8% e GC < 32%	Normal
GC ≥ 32%	Obesidade

Fonte: Adaptado de Lohman (1992).

4.8.3 Variáveis dietéticas

O consumo alimentar das alunas foi investigado por meio da aplicação do método Recordatório de 24 horas. Por razão da dificuldade de disponibilidade de tempo das alunas, o registro alimentar da maioria das alunas foi obtido somente de um dia⁸. Para que houvesse

⁸ O objetivo inicial do presente estudo era avaliar o consumo alimentar das universitárias por meio do recordatório alimentar de três dias (sendo um dia de final de semana), no sentido de captar a variabilidade inter e intrapessoal do consumo alimentar habitual (Fisberg et al., 2005).

homogeneidade das informações, portanto, utilizou-se para a análise o registro alimentar de apenas um dia. O inquérito alimentar recordatório de 24 horas foi aplicado pela equipe de pesquisa, com o auxílio da utilização de um registro fotográfico de utensílios e porções alimentares desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), para a maior exatidão e fidelidade dos dados (VASCONCELOS, 2007).

A avaliação do consumo alimentar foi feita através do cálculo de consumo de energia em quilocalorias e de macronutrientes em gramas (proteínas, lipídios e carboidratos), coletados através do recordatório alimentar de 24 horas de um dia. Estas quantidades eram cadastradas no *software* Nutwin (ANÇÃO *et al.*, 2002) onde o consumo diário de cada nutriente foi obtido. Para os alimentos não contemplados no banco de dados, foi utilizada a tabela de composição química de alimentos de Pinheiro *et al.* (1994). Os consumos diários de nutrientes foram analisados segundo as recomendações da *Dietary Reference Intakes for Energy, carbohydrates, fiber, fat, protein and acids (macronutrients)* (IOM, 2002). Estes cálculos foram executados no Programa de Apoio a Nutrição NutWin (ANÇÃO; 2002).

Os resultados do consumo energético foram agrupados em duas categorias, de acordo com as recomendações energéticas *Recommended Dietary Allowances* (1989) para o sexo feminino, na faixa etária entre 19 e 50 anos, com o intuito de testar a associação com a presença de sintomas de AN:

- 1) Consumo energético < 2.200 kcal;
- 2) Consumo energético \geq 2.200 kcal.

4.8.4 Sintomas de anorexia nervosa

A identificação de sintomas de anorexia nervosa foi realizada a partir do Teste de Atitudes Alimentares, versão traduzida para o português por Nunes *et al.* (1994) do original *Eating Attitudes Test* (EAT – 26) (GARNER *et al.*, 1982).

O EAT-26 consta de uma escala Likert com três pontos e as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre zero e três. Apresenta seis opções de resposta: sempre, muito freqüentemente, freqüentemente, algumas vezes, raramente e nunca. realizando a análise destes itens em três aspectos:

- Fator 1: Dieta – os primeiros 13 itens que refletem recusa patológica às comidas de alto teor calórico e preocupações com a forma física;

- Fator 2: Bulimia nervosa – os seis itens seguintes, que refletem pensamentos sobre comida e atitudes bulímicas;
- Fator 3: Controle oral – os últimos sete itens, que refletem o autocontrole em relação à comida e reconhecem pressões sociais no ambiente para ganhar peso.

As alunas que somaram 20 pontos ou mais, no EAT-26 foram classificadas como sintomáticas para anorexia nervosa, ou seja, apresentam comportamentos alimentares sugestivos de anormalidade e as que obtiveram pontuação abaixo de 20 foram classificadas como ausência de sintomas (GARNER *et al.*, 1982; NUNES *et al.*, 1994; BOSI *et al.*, 2006). O resultado foi categorizado da seguinte forma:

Quadro 7 – Ponto de corte da pontuação total do EAT-26 conforme categorias de sintomas para anorexia nervosa

Ponto de corte	Significado
≥ 20 pontos	EAT + (presença de sintomas de AN)
< 20 pontos	EAT – (ausência de sintomas de AN)

Fonte: GARNER *et al.* (1982); NUNES *et al.* (1994).

4.8.5 Imagem Corporal

A preocupação com a imagem corporal foi investigada através do *Body Shape Questionnaire* (BSQ-34) – versão traduzida para o Português por Cordás (2000). As respostas dadas às questões foram referentes as quatro semanas que antecedem ao teste, cujo objetivo é realizar uma avaliação atual ou de um passado recente relacionado com a imagem corporal dos indivíduos que o respondem.

O teste é uma escala Likert com seis pontos e as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre um e seis, sendo a maior pontuação conferida à resposta extrema na direção da preocupação com a imagem corporal. As universitárias que pontuaram de 0-80 pontos foram classificadas como ausência de insatisfação 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 como preocupação severa (CORDÁS, 2000; COOPER *et al.*, 1987). Para a análise de associação utilizou-se a seguinte categorização:

Quadro 8: Ponto de corte da pontuação total do BSQ-34 para categorização da variável satisfação com a imagem corporal

Ponto de corte	Significado
≥ 111	BSQ + (insatisfação com a imagem corporal)
< 111	BSQ – (satisfação com a imagem corporal)

Fonte: Adaptado de Cooper *et al.* (1987); Cordas (2000).

O **Quadro 9** apresenta a classificação das variáveis analisadas no presente estudo.

Quadro 9 - Descritivo das variáveis analisadas no estudo

Variável				Tipo de variável
Idade (em anos)				Variável numérica contínua
Idade categorizada				Variável categórica ordinal dicotômica
≤ 19 anos	≥ 20 anos			
Mora sozinha				Variável categórica nominal dicotômica
Sim	Não			
Mora com quem				Variável categórica nominal politômica
Familiares	Colegas	Sozinha		
Nível de atividade física				Variável categórica ordinal politômica
Não pratica	< 3 dias/sem	≥ 3 dias/sem		
Escolaridade da mãe (anos de estudo)				Variável numérica discreta
Escolaridade do pai (anos de estudo)				Variável numérica discreta
Renda per capita (R\$)				Variável numérica contínua
Questionário de Imagem Corporal (BSQ)				Variável categórica ordinal politômica
Satisfeita	Insat.leve	Insat.moderada	Insat.severa	
Questionário de Imagem Corporal (BSQ)				Variável categórica ordinal dicotômica
Satisfeita		Insatisfeita		
Teste de Atitudes Alimentares (EAT)				Variável categórica ordinal dicotômica
EAT positivo		EAT negativo		
IMC (kg/m²)				Variável categórica ordinal politômica
Baixo peso	Eutrofia	Sobrepeso	obesidade	
Circunferência da cintura (cm)				Variável categórica ordinal dicotômica
Ausência de risco de doenças cardiovasculares		Risco aumentado de doenças cardiovasculares		

Gordura corporal (%)			Variável categórica ordinal politômica
Desnutrição	Eutrofia	Obesidade	
Consumo alimentar (cal e g)			Variável numérica contínua
Consumo energético (kcal)			Variável categórica ordinal dicotômica
≤ 2.200kcal		> 2.200kcal	

4.8.6 Análise estatística

Os cálculos estatísticos foram realizados com o apoio dos programas *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 10.0 for Windows) e *Statacorp Stata Statistical Software* (STATA 9.0).

A fim de caracterizar a amostra, foi realizada a descrição das variáveis: idade da estudante, escolaridade materna e paterna em anos de estudo, número de pessoas na família, renda familiar mensal em reais, renda per capita mensal, peso (kg), estatura (cm) e IMC (kg/m²), CC (cm) e GC (%), consumo energético com base nas medidas de tendência central e dispersão (média e erro-padrão), valor mínimo e valor máximo.

O teste Qui-quadrado de Pearson foi aplicado para verificar as possíveis associações e diferenças significativas entre os grupos de alunas formados pela variável “sintomas de anorexia nervosa”, segundo faixa etária, se mora sozinha, com a família ou com amigos, estado nutricional, satisfação com a imagem corporal, consumo alimentar, categorias de renda per capita mensal, e de escolaridade dos pais.

Para descrever a relação entre as variáveis independentes (estado nutricional, consumo alimentar, perfil socioeconômico e imagem corporal) e a variável “sintomas de anorexia nervosa” (variável dependente dicotômica – EAT + e EAT -) foi utilizada a regressão logística múltipla, cujos resultados foram apresentados em *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95%. Para a inserção no modelo múltiplo utilizou-se o valor de $p < 0,20$, a fim de controlar as possíveis variáveis de confusão. Permaneceram no modelo de regressão múltipla aquelas variáveis que, após ajustadas ou controladas pelas variáveis do modelo, mantiveram o valor de $p \leq 0,05$.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de pesquisa foi 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, (**Anexo A**). Neste protocolo, entre outros documentos exigidos pelo referido comitê, foram previstos o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para coordenadores dos cursos” (**Apêndice C**) e o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as alunas selecionadas para compor a amostra” (**Apêndice D**), sendo estes dois últimos documentos os principais instrumentos para autorização da realização da pesquisa com as alunas selecionadas.

Antes das visitas às salas de aula, 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.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

A taxa de resposta obtida no presente estudo foi de 86,6%. As características gerais da amostra estão apresentadas na **Tabela 1** com base nas medidas de tendência central (média) e de dispersão (erro-padrão, valor mínimo e máximo) para as variáveis demográficas, socioeconômicas 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 erro-padrão de 0,18. A idade mínima encontrada foi de 17,2 anos e a idade máxima foi de 39,5 anos.

A média de escolaridade materna e paterna em anos de estudos completos equiparou-se a 12 anos. Apesar disso, quando realizada a categorização em anos de estudo, foi possível observar que 82,3% das mães apresentaram mais de 8 anos de estudo, enquanto 77,3% dos pais relataram possuir mais de 8 anos de estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos valores de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis demográficas, socioeconômicas, antropométricas e consumo alimentar das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Variáveis estudadas	N	Média	Mediana	Erro-padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	220	20,2	19,5	0,18	17,2	39,5
Escolaridade da mãe (anos de estudo)	219	12,3	11,0	0,27	1	20
Escolaridade do pai (anos de estudo)	217	12,6	13,5	0,31	1	22
Nº de pessoas da família	219	4,1		0,00	1	9
Renda familiar mensal (R\$)	190	4.469,90	3.000,00	276,19	450,00	26.000,00
Renda per capita mensal (R\$)	190	1.128,70	816,66	64,52	68,75	5.200,00
Peso (kg)	220	57,2	55,3	0,67	38,2	101,0
Estatura (cm)	220	163,7	163,4	0,43	149,3	184,6
IMC (Kg/m ²)	220	21,3	20,7	0,23	16,2	37,7
CC (cm)	220	69,0	67,5	0,49	55,5	102,0
GC (%)	220	28,0	28,4	0,28	15,0	38,0
Consumo energético (kcal)	219	1.780,86	1.667,00	50,54	331,00	5.325,00
Consumo de proteína (g)	219	72,2	66,1	2,47	5,9	260,1
Consumo de carboidrato(g)	219	239,0	219,0	7,64	60,7	908,1
Consumo de lipídios (g)	219	62,1	58,0	2,41	3,0	329,2

A variável renda familiar mensal apresentou maior ausência de respostas por parte das estudantes investigadas (13,6% de não resposta), algumas afirmavam não ter conhecimento algum sobre o salário dos pais. Os valores mínimo e máximo de renda familiar mensal foram discrepantes, R\$ 450,00 e R\$ 26.000 respectivamente. Convertendo a renda familiar mensal em salário mínimo (SM) obtêm-se média de 12,8 SM e valores mínimo e máximo de 1,3 SM e 74,3 SM, respectivamente. A média da renda per capita mensal foi R\$ 1.128.

O menor valor encontrado para IMC foi de 16,2 kg/m² e o maior valor 37,7 kg/m², com média de 21,3 kg/m². A média da circunferência da cintura (CC) das alunas avaliadas foi de 69,0 cm. Os valores mínimo e máximo de percentual de gordura corporal (%GC) foi de 15,0% e 38,0% respectivamente, com média de 28,0%.

Com relação ao consumo alimentar, a mediana de consumo energético encontrada foi de 1.667 kcal, com discrepância entre os valores mínimo e máximo de 331 kcal e 5.325 kcal, respectivamente. O consumo mediano de proteína foi de 66,1 g, de carboidrato foi de 219,7 g e de lipídios foi de 58,0 g. Encontrou-se 14,1% das alunas com consumo inferior ou igual a 1.000 kcal e 85,5% com consumo superior a 1.000 kcal.

As variáveis comportamentais e de atividade física encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da frequência de variáveis comportamentais e atividade física das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Variáveis	N	%
Reside sozinha		
Sim	21	9,5
Não	199	90,5
Total	220	100,0
Com quem reside		
Familiares	153	69,5
Colegas	46	20,9
Sozinha	21	9,5
Total	220	100,0
Atividade física atual		
Não pratica	123	55,9
Pratica < 3 dias na semana	37	16,8
Pratica ≥ 3 dias na semana	60	27,3
Total	220	100,0

Observa-se que 9,5% das alunas relataram residir sozinhas, 69,5% residiam com familiares e 20,9% residiam com colegas no momento da pesquisa. Quanto à prática de atividade física, a maioria das alunas que relataram praticar atividade física (27,3%) o faziam

3 ou mais dias na semana, 16,8% relataram praticar 1 ou 2 dias na semana e 55,9% relataram não praticar atividade física.

5.2 ESTADO NUTRICIONAL

A distribuição da prevalência do estado nutricional segundo IMC das universitárias está apresentada na **Tabela 3**. Na amostra investigada, encontrou-se prevalência de baixo peso de 15,9% das alunas, enquanto que as prevalências de sobrepeso e obesidade foram de 8,6% e 3,2%, respectivamente.

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

Estado nutricional	N	%
Baixo Peso (IMC < 18,5 kg/m ²)	35	15,9
Eutrofia (IMC ≥ 18,5 e < 25 kg/m ²)	159	72,3
Sobrepeso (IMC ≥ 25 e < 30 kg/m ²)	19	8,6
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)	7	3,2
Total	220	100,0

A **Tabela 4** apresenta a classificação do estado nutricional segundo percentual de gordura corporal (%GC). Pode-se observar que para a classificação do estado nutricional segundo %GC não houve alunas consideradas desnutridas, e a prevalência de obesidade segundo este critério foi de 16,8% das universitárias ingressantes.

Tabela 4 - Distribuição da frequência das universitárias ingressantes, segundo percentual de gordura corporal (%GC) no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

%GC	N	%
Desnutrição (GC ≤ 8%)	-	-
Eutrofia (GC > 8 e < 32)	183	83,2
Obesidade (GC ≥ 32%)	37	16,8
Total	220	100,0

A classificação segundo a circunferência da cintura (CC) mostrou que 6,4% das alunas apresentam valores considerados de risco para o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares relacionadas à obesidade ($CC \geq 80$ cm) e 93,6% sem risco para doenças cardiovasculares ($CC < 80$ cm). Do total de alunas com sobrepeso e obesidade segundo o IMC, 53,8% apresentaram obesidade abdominal.

5.3 SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

5.3.1 Sintomas de anorexia nervosa

A prevalência de sintomas de anorexia nervosa encontrada nas universitárias ingressantes foi de 8,3% ($n = 18$) (IC 95%: 4,7 – 11,9). A menor e a maior pontuação do EAT-26 foram, respectivamente, 0 e 47 pontos, com média de 8,5 pontos e mediana de 6 pontos.

A **Tabela 5** apresenta a distribuição das alunas segundo sintomas de anorexia nervosa e faixa etária. A maior prevalência de sintomas de anorexia encontra-se na faixa etária menor que 20 anos (9,5%), porém não há diferença significativa entre faixas etárias ($p = 0,441$).

Tabela 5 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e faixa etária no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Faixa etária	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	n	%	N	%
Até 19,9 anos	114	90,5	12	9,5	126	58,1
20,0 anos ou mais	85	93,4	6	6,6	91	41,9
TOTAL	199	91,7	18	8,3	217⁹	100,0

Pearson $\chi^2 = 0,596$ e $p = 0,440$ valores significativos para $p \leq 0,05$

A distribuição das alunas segundo sintomas de anorexia nervosa e a variável com quem reside, se encontra na **Tabela 6**. A maior prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi em universitárias que residem com os familiares (8,7%), porém não houve associação para estas variáveis ($p = 0,879$).

⁹ A variação no número total da amostra, ocorre devido a perda de três questionários não completados no teste EAT-26, portanto, para a análise de associação entre as variáveis, foi considerado o total de perdas do questionário EAT-26 ($n = 3$) e informações incompletas das variáveis coletadas.

Tabela 6 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e com quem reside no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Com quem reside	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	n	%
Familiares	137	91,3	13	8,7	150	69,1
Colegas	43	93,5	3	6,5	46	21,2
Sozinho	19	90,5	2	9,5	21	9,7
TOTAL	199	91,7	18	8,3	217	100,0

Pearson $\chi^2 = 0,259$ e $p = 0,879$ valores significativos para $p \leq 0,05$

A **Tabela 7** apresenta a distribuição das alunas segundo anorexia nervosa e atividade física. Observa-se que não houve diferença significativa entre as alunas com resultado positivo para sintomas de anorexia nervosa e a presença ou não de prática de atividade física.

Tabela 7 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e atividade física no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Atividade física	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	n	%
Não pratica	113	93,4	8	6,6	121	55,8
< 3 dias na semana	31	86,1	5	13,9	36	16,6
≥ 3 dias na semana	55	91,7	5	8,3	60	27,6
TOTAL	199	91,7	18	8,3	217	100,0

Pearson $\chi^2 = 1,932$ e $p = 0,381$ valores significativos para $p \leq 0,05$

As **Tabelas 8 e 9** apresentam a distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade paterna e materna, respectivamente.

Tabela 8 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade paterna no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Escolaridade paterna	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	n	%
1 – 4	17	94,4	1	5,6	18	8,4
5 – 8	24	85,7	4	14,3	28	13,1
9 – 12	57	95,0	3	5	60	28,0
> 12	98	90,7	10	9,3	108	50,5
TOTAL	196	91,7	18	8,3	214⁹	100,0

Pearson $\chi^2 = 2,452$ e $p = 0,484$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Tabela 9 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade materna no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Escolaridade materna	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	n	%
1 – 4	16	100	-		16	7,4
5 – 8	20	95,2	1	4,8	21	9,7
9 – 12	76	88,4	10	11,7	86	39,8
> 12	86	92,5	7	7,5	93	43,1
TOTAL	198	91,7	18	8,3	216⁹	100,0

Pearson $\chi^2 = 3,106$ e $p = 0,376$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Com relação à escolaridade paterna, a maior prevalência de sintomas de anorexia foi encontrada na categoria maior que 12 anos de estudo completos (9,3%; n=10), enquanto que na escolaridade materna a maior prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi na categoria de 9 a 12 anos de estudos completos (11,7%; n=10).

Das estudantes com resultado de EAT positivo, 72,2% dos pais e 94,4% das mães completaram entre nove ou mais anos de estudo. Contudo, em ambas as formas de análise não houve diferenças significativas nas prevalências de sintomas de AN e escolaridade dos pais ($p = 0,484$ e $p = 0,376$).

A **Tabela 10** apresenta a distribuição das alunas segundo anorexia nervosa e renda familiar mensal em salários mínimos.

Tabela 10 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e renda familiar mensal em salários mínimos no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Renda familiar mensal em salários mínimos *	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	n	%
≤ 1,0	-	-	-	-	-	-
1,1 - 3,0	18	94,7	1	5,3	19	10,1
3,1 - 6,0	29	90,6	3	9,4	32	17,0
≥ 6,1	129	94,2	8	5,8	137	72,9
TOTAL	176	93,6	12	6,4	188⁹	100,0

Pearson $\chi^2 = 0,587$ e $p = 0,746$ valores significativos para $p \leq 0,05$

* As categorias de renda familiar mensal convertida em salário mínimo (SM) têm como base o salário mínimo oficial em maio de 2006 igual a R\$ 350,00.

Pode-se observar que a grande maioria das estudantes com resultado positivo para sintomas de anorexia nervosa apresentaram renda familiar em salários mínimos acima de 6

SM. Nenhuma aluna obteve renda familiar menor ou igual a 1SM. Porém, os valores não apresentaram significância, demonstrando que na amostra investigada não houve associação entre a renda familiar mensal e a presença de sintomas de anorexia nervosa ($p = 0,746$).

Observa-se na **Tabela 11** a distribuição das universitárias segundo sintomas de anorexia nervosa e consumo energético. Dentre as universitárias que obtiveram resultado positivo para sintomas de anorexia nervosa ($n=17$), 88,2% ($n=15$) apresentaram um consumo menor a 2.200 kcal. Não houve associação entre sintomas de anorexia nervosa e o consumo energético das universitárias da amostra ($p = 0,317$).

Tabela 11 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e consumo energético no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Consumo energético	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	n	%
< 2.200 kcal	155	91,2	15	8,8	170	14,4
≥ 2.200 kcal	44	95,7	2	4,3	46	85,7
TOTAL	199	92,1	17	7,9	216	100,0

Pearson $\chi^2 = 1,000$ e $p = 0,317$ valores significativos para $p \leq 0,05$

A **Tabela 12** apresenta a distribuição das alunas segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional com base no IMC. A maior prevalência de sintomas foi em alunas eutróficas. Em alunas com baixo peso e sobrepeso a prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi de 0,5% ($n=1$) e não houve ocorrência de sintomas em alunas com obesidade. Observou-se, contudo, que não houve associação entre a presença de anorexia nervosa e o estado nutricional ($p = 0,390$).

Tabela 12 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional com base no IMC no primeiro semestre de 2006 na UFSC.

Estado Nutricional	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	N	%
Baixo Peso (IMC < 18,5 kg/m ²)	34	97,1	1	2,9	35	16,1
Eutrofia (IMC ≥ 18,5 e < 25 kg/m ²)	140	89,7	16	10,3	156	71,9
Sobrepeso (IMC ≥ 25 e < 30 kg/m ²)	18	94,7	1	5,3	19	8,8
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²)	7	100	-	-	7	3,2
TOTAL	199	91,7	18	8,3	217	100,0

Pearson $\chi^2 = 3,012$ e $p = 0,390$ valores significativos para $p \leq 0,05$

Com relação à associação entre sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional segundo o percentual de gordura corporal, podemos observar na **Tabela 13**, a ausência de alunas com %GC menor que 8%, valor respectivo ao estado desnutrição. Não houve diferença significativa entre essas variáveis, não havendo associação entre a presença de anorexia nervosa e o estado nutricional segundo %GC ($p = 0,502$).

Tabela 13 - Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional por GC no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Estado Nutricional por GC	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	N	%	N	%
Eutrofia (%GC > 8% e < 32%)	167	92,3	14	7,7	181	83,4
Obesidade (%GC ≥ 32%)	32	88,9	4	11,1	36	16,6
TOTAL	199	91,7	18	8,3	217	100,0

Pearson $\chi^2 = 0,450$ e $p = 0,502$ valores significativos para $p \leq 0,05$

5.3.2 Satisfação com a imagem corporal

A avaliação da imagem corporal com base no BSQ-34 apontou prevalência de 47,3% ($n = 104$) (IC 95%: 40,7 – 53,9) de algum grau de insatisfação com a imagem corporal entre as universitárias ingressantes, considerando as categorias leve, moderada e severa. A classificação da pontuação do BSQ-34 pode ser visualizada na **Tabela 14**.

Tabela 14 - Distribuição da frequência das universitárias ingressantes, segundo insatisfação com a imagem corporal no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Imagem corporal	N	%
Não insatisfação	116	52,7
Leve insatisfação	60	27,3
Moderada insatisfação	34	15,5
Severa insatisfação	10	4,5
Total	220	100,0

Conforme a **Tabela 15**, o grupo de alunas ingressantes insatisfeitas com a imagem corporal apresenta significativamente maior prevalência de sintomas de anorexia nervosa (16,8%, $n=17$) quando comparado ao grupo que apresenta satisfação com a imagem corporal

(0,9%, n=1). Observou-se, portanto, associação entre presença de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal ($p < 0,001$).

Tabela 15 – Distribuição das universitárias ingressantes segundo sintomas de anorexia nervosa e satisfação com a imagem corporal no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis (SC).

Imagem corporal	EAT -		EAT +		Total	
	N	%	n	%	n	%
BSQ -	115	99,1	1	0,9	116	53,5
BSQ +	84	83,2	17	16,8	101	46,5
TOTAL	199	91,7	18	8,3	217	100,0

Pearson $\chi^2 = 18,101$ e $p < 0,001$ valores significativos para $p \leq 0,05$

5.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA

A análise de regressão logística múltipla forneceu uma avaliação dos fatores associados (variáveis independentes) à presença de sintomas de anorexia nervosa (EAT+).

Na análise bivariada, a categoria “leve insatisfação com a imagem corporal” se comportou de modo igual à categoria “satisfação com a imagem corporal”, não se manteve associada com sintomas de anorexia nervosa, portanto a insatisfação com a imagem corporal foi dicotomizada em: 1) satisfeitas e levemente insatisfeitas; 2) moderadamente insatisfeitas e severamente insatisfeitas.

Foi utilizada a variável independente que apresentou associação com sintomas de anorexia nervosa (insatisfação com a imagem corporal) e as variáveis socioeconômicas, comportamentais e de estado nutricional para controlar os possíveis fatores de confundimento (renda familiar em salários mínimos, com quem reside, idade, IMC e consumo alimentar), e dessa forma poder visualizar se independente de todas as outras variáveis as universitárias com insatisfação com a imagem corporal continuariam mais associadas à presença de sintomas de anorexia nervosa.

No modelo logístico a insatisfação com a imagem corporal apresentou forte associação com a presença de sintomas de anorexia nervosa, independente da presença de outras variáveis. O *odds ratio* (OR) indicou que as universitárias que são insatisfeitas com a imagem corporal (moderada ou severa insatisfação) apresentaram 46,6 vezes mais chance de apresentarem sintomas de anorexia nervosa (OR 95% 46,6 [5,4-401,7]) do que as

universitárias satisfeitas com a imagem corporal, mesmo quando controladas por todas as outras variáveis.

Na **Tabela 16** pode-se observar o modelo final de associação entre insatisfação com a imagem corporal com controle das variáveis de confusão.

Tabela 16 – Análise de regressão logística múltipla entre a insatisfação com a imagem corporal e sintomas de anorexia nervosa das universitárias ingressantes no primeiro semestre de 2006 na UFSC, Florianópolis – SC.

Modelo	OR (IC 95%)	P
1	22,3 (6,8-72,7)	< 0,001
2	28,6 (5,9-139,4)	< 0,001
3	28,7 (5,9-139,7)	< 0,001
4	28,8 (5,9-140,5)	< 0,001
5	52,3 (6,3-435,7)	< 0,001
6	63,9 (7,0-581,9)	< 0,001

Legenda:

Modelo1: insatisfação com a imagem corporal e sintomas de anorexia nervosa

Modelo2: insatisfação com a imagem corporal e sintomas de anorexia nervosa controlados por renda familiar em salários mínimos

Modelo3: insatisfação com a imagem corporal e sintomas de anorexia nervosa controlados por renda familiar em salários mínimos e com quem reside

Modelo4: insatisfação com a imagem corporal e sintomas de anorexia nervosa controlados por renda familiar em salários mínimos, com quem reside e idade

Modelo5: insatisfação com a imagem corporal e sintomas de anorexia nervosa controlados por renda familiar em salários mínimos, com quem reside, idade e IMC

Modelo6: insatisfação com a imagem corporal e sintomas de anorexia nervosa controlados por renda familiar em salários mínimos, com quem reside, idade, IMC e consumo energético

6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo basearam-se em uma amostra probabilística representativa para as universitárias ingressantes no primeiro semestre em um total de 55 cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, podendo ser extrapolados somente para esta população.

Inicialmente, é importante ressaltar algumas dificuldades vivenciadas durante a coleta de dados em relação à perda na amostra. O valor de amostra mínima total foi de 254 alunas, neste estudo obtivemos uma taxa de adesão de 86,6%, portanto houve perda de 13,4% da amostra. Dentre os motivos que levaram à perda destacam-se algumas situações:

- No primeiro momento, ao conhecer os objetivos do projeto, as alunas mostravam-se interessadas em participar, porém ao serem informadas da aferição antropométrica, ocorreram desistências. Algumas alunas que aceitaram participar, porém, não compareceram no local combinado para a tomada de medidas, em nenhum dos dias combinados.

- Também houve recusa de alunas em participar da pesquisa sob a justificativa de falta de tempo, devido terem outros compromissos como trabalhar, estudar para provas ou fazer trabalhos.

- Ocorreu ainda, desistência no local de coleta de dados, no momento da tomada de medidas da circunferência da cintura e dobras cutâneas. Foi observada uma intensa preocupação de alunas durante a aferição do peso, circunferência da cintura e dobras cutâneas, pediam para que a avaliadora “não olhasse sua barriga”, e até tentavam impedir a anotação de suas medidas.

- Durante a pesquisa houve uma estudante que afirmou não poder participar do estudo devido estar se recuperando de anorexia nervosa, ela estava em tratamento no período da coleta de dados, e ao consultar seu psicólogo sobre a participação nesta pesquisa, ele a orientou a não entrar em contato com questionamentos ou informações sobre alimentação e tomada de medidas.

Para evitar possível viés de seleção amostral na pesquisa optou-se em não substituir as alunas que recusaram ou que não compareceram à coleta de dados.

Em relação aos resultados obtidos no presente estudo acerca do estado nutricional das universitárias com base no IMC, o percentual de baixo peso encontrado foi de 15,9% e de sobrepeso/obesidade 11,8%. A alta prevalência de baixo peso encontrada difere de resultados recentes de outras pesquisas, que mostram aumento de sobrepeso/obesidade em diversas regiões nesta faixa etária (adolescentes e adultos) (NUNES *et al.*, 2001; KAKESHITA, 2004; OLINTO *et al.*, 2006; CAMPOS; LEITE; ALMEIDA, 2007). Dados de representatividade nacional resultantes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003 (IBGE, 2004), mostram que 4,6% das adolescentes do sexo feminino (entre 10 e 19 anos) apresentam baixo peso no Brasil, 15,4% sobrepeso e 2,9% apresentam-se obesas. Entre a população adulta (acima de 20 anos), 5,2% das mulheres apresentam baixo peso ($IMC < 18,5\text{kg/m}^2$), e 13,1% das apresentam-se obesas ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$). Contudo, é importante ressaltar a diferença de representatividade amostral entre as pesquisas, já que a Pesquisa de Orçamentos Familiares abrange a população nacional, enquanto o presente estudo tem representatividade apenas para a população universitária da UFSC. Estudos realizados com população semelhante ao presente estudo (universitários) também encontraram resultados de prevalência de baixo peso mais elevada que de sobrepeso/obesidade.

Um estudo realizado com 140 universitários da Universidade Federal de Minas Gerais com idade de 18 a 36 anos, detectou 18,8% das mulheres com baixo peso e apenas 5,9% das mulheres com sobrepeso/obesidade. (RAMOS, 2005).

Na investigação de Bosi *et al.* (2006), das 193 universitárias avaliadas com idade de 17 a 32 anos, 6,3% apresentaram baixo peso e 3,7% sobrepeso/obesidade. Souza *et al.* (2002) ao avaliarem 199 universitários no Ceará, com idade média de 20 anos, encontraram 4% de baixo peso e 3% de sobrepeso/obesidade.

Além desses estudos, Vale (2002) encontrou em estudantes do ensino médio de 14 e 20 anos, no município de Fortaleza, a prevalência de 48% de baixo peso, e de sobrepeso/obesidade 5,4%. Um estudo realizado com 403 usuários, entre 18 e 25 anos, do restaurante universitário da Universidade Estadual Paulista de Araraquara, encontrou 12,5% dos usuários com baixo peso e, 12,03% com sobrepeso/obesidade (FAUSTO *et al.*, 2001).

Observa-se ainda, estudos em que houve diferenças entre o estado nutricional segundo gênero, com maior prevalência de baixo peso entre as mulheres. Ao avaliar 163 estudantes do primeiro ano de medicina, na Universidade Federal da Bahia, Moreira *et al.* (2005) detectaram entre os universitários, com idade média de 19 anos, prevalência de 2,6% de baixo peso, 84% eutrofia e 4% de sobrepeso no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino observaram 14,8% de baixo peso, 84,1% de eutrofia e 1,1% de sobrepeso. Um estudo

realizado com 391 adolescentes entre 15 e 17 anos de uma escola privada no município de Niterói (RJ), encontrou 23,9% de sobrepeso para os estudantes do sexo feminino e apenas 7,2% de sobrepeso para as estudantes do sexo feminino (FONSECA; SICHIERI; VEIGA, 1998).

Em estudos internacionais também se encontram resultados de prevalência elevada para baixo peso na faixa etária estudada. Riffo *et al.* (2003) avaliaram 263 mulheres universitárias do primeiro, terceiro e quinto ano do curso de medicina da Universidade do Chile, e encontraram, segundo o IMC, 25% com baixo peso, 69,9% eutróficas e 5,08% com sobrepeso/obesidade. A investigação de Arechabaleta *et al.* (2002), realizada com 442 estudantes entre 18 e 28 anos, da Universidade Central da Venezuela, encontrou nas mulheres, 28,7% de baixo peso, 56,9 de eutrofia e, 9,1% de sobrepeso e 5,3% de obesidade.

Lee *et al.* (2005) ao estudarem o perfil de pacientes com anorexia nervosa do *Institute of Mental Health* (Singapura) atendidos de 1994 a 2002, encontraram 126 casos durante este período, destes, 91,3% do sexo feminino, 92,9% solteiros, 73,8% estudantes. Através destes dados, concluíram que o perfil de pacientes de Singapura com anorexia nervosa foram mulheres, solteiras e estudantes adolescentes.

Em síntese, os resultados do presente estudo relativos ao estado nutricional com base no IMC, assinalaram índices acentuados de baixo peso, que requerem atenção específica para a saúde dessas universitárias. Com base nos resultados dos estudos analisados e outras investigações, pode-se atestar a alta prevalência de baixo peso em adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, sob estímulo de obtenção de um corpo semelhante ao dos padrões socioculturais contemporâneos ocidentais.

Com relação aos resultados obtidos sobre a obesidade abdominal das universitárias segundo CC, no presente estudo 6,4% das universitárias apresentaram obesidade abdominal. Esta prevalência apresenta-se mais baixa comparada a estudos que pesquisaram obesidade abdominal em mulheres de semelhante faixa etária. Oliveira; Velásquez-Meléndez; Kac (2007) avaliaram 827 mulheres entre 12 e 65 anos, residentes na região Metropolitana de Belo Horizonte (MG), e encontraram prevalência de obesidade abdominal de 21,3%, variando conforme faixa etária. Nas mulheres entre 12 e 20 anos, a prevalência foi de 6,9%, 13,6% entre 21 e 30 anos e 24,7% entre 31 e 40 anos. Foi observada maior prevalência de obesidade abdominal nas faixas de idades mais avançadas, nos menores graus de escolaridade e nos menores níveis de renda. Olinto *et al.* (2006) estudaram 1.935 indivíduos residentes na zona urbana de Pelotas, com idade entre 20 e 69 anos, e encontraram, entre as mulheres, 61,9% com obesidade abdominal, que também se encontrou associada com o aumento da idade,

menor renda e menor escolaridade. No estudo de Bertias (2003), 989 universitários com idade entre 20 e 40 anos, estudantes de medicina da Universidade de Crete (Grécia) foram avaliados entre os anos 1989 e 2001, onde 21,7% das mulheres apresentaram obesidade central, segundo CC.

Com base nos resultados dos estudos citados e do presente estudo, observou-se relação proporcional entre a renda e o baixo peso. Nestes estudos, a população que apresentou renda alta, obteve maior prevalência de baixo peso e a população com menor renda, a prevalência de obesidade foi maior. No presente estudo, a faixa de renda das universitárias foi elevada em sua maioria, e a prevalência de baixo peso encontrada foi elevada. Nos estudos de Oliveira; Velásquez-Meléndez; Kac (2007) e de Olinto *et al.* (2006), a baixa renda se mostrou associada à presença de obesidade.

Por sua vez, a avaliação do estado nutricional com base no %GC, revelou 16,8% das alunas com obesidade e ausência de alunas com desnutrição. Estudo realizado por Vieira *et al.* (2002), avaliou o estado nutricional pelo IMC e %GC de universitários ingressantes de uma universidade pública brasileira, e quase 60% dos eutróficos segundo o IMC apresentaram %GC acima do esperado para sua idade e sexo. Santos *et al.* (2005) avaliaram 1.678 alunos, entre 17 e 19 anos, de ambos os sexos, de escolas públicas municipais de Teixeira de Freitas (BA), e encontraram entre as estudantes do sexo feminino 5,1% de obesidade segundo valores das dobras cutâneas. Arechabaleta *et al.* (2002), avaliaram 442 estudantes entre 18 e 28 anos, da Universidade Central da Venezuela, e encontraram entre as mulheres 6,2% com %GC elevada. Deve-se observar, porém, que os pontos de corte utilizados para a classificação de %GC nestes estudos foram elaborados em estudos com a população norte-americana (FRISANCHO, 1989; MUST *et al.*, 1991), o que pode justificar este elevado percentual de anormalidade devido às diferenças corporais entre estas populações.

Observa-se que o IMC normal pode estar acompanhado de alta percentagem de gordura corporal, o que pode ocorrer em indivíduos sedentários. Como observado no presente estudo, 72% das universitárias avaliadas foram eutróficas segundo o IMC, 17% apresentou obesidade segundo %GC e 56% relataram não praticar atividade física. A falta de atividade física ocorre em universitários, dentre outros motivos, devido à intensidade de trabalhos e atividades acadêmicas, levando ao abandono da prática de atividade física e a alimentação regular.

Quanto aos resultados dos dados sobre consumo alimentar, avaliados a partir de aplicação do método recordatório 24 horas de 1 dia, a média de consumo energético atual foi de 1.780 kcal, com o consumo de proteína correspondendo a 16,2%, de carboidratos 53,7% e

de lipídios 31,4% do consumo total de energia. Estes valores são considerados adequados aos das recomendações do Instituto de Medicina, em que do consumo total de energia, 10 a 35% deve ser de proteína, 45 a 65% de carboidratos, e 20 a 35% de lipídios (IOM, 2002). Porém, observou-se também que 78,6% (n = 173) das alunas obtiveram ingestão energética menor que 2.200kcal, valor médio das necessidades de energia para mulheres entre 19 e 50 anos, de acordo com a Recommended Dietary Allowances (1989). Isto revela que a maioria das universitárias não apresentaram consumo energético recomendado.

Ressalta-se, porém, as limitações do presente estudo para traçar um perfil alimentar desta população com base na avaliação alimentar por meio do método recordatório 24 horas das alunas de somente um dia. Suas limitações incluem a necessidade de memória das alunas; a estimativa média do consumo verificado no dia, não podendo estimar a ingestão habitual das universitárias, que de acordo com Fisberg (2005) seriam necessários recordatórios seriados para este fim.

Segundo Fennel (1997), estudos com universitários demonstram que estes podem comprometer seu estado nutricional devido à alimentação inadequada por modismos dietéticos, omissão de refeições, consumo de *fast foods* e rejeição a certos grupos de alimentos. De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), há um aumento no consumo de alimentos processados, ricos em gordura, açúcar e sal associado ao menor gasto energético diário devido à redução da atividade física na população geral no Brasil.

Com relação à atividade física, 55,9% das universitárias relataram não praticar atividade física. Este resultado é semelhante ao encontrado por Vieira *et al.* (2002), em que avaliaram 185 universitários ingressantes de uma universidade pública brasileira entre os anos 1998 e 1999, e destes, menos da metade tinha o hábito de praticar atividade física, sendo relatado em 39,2% deles que houve redução ou abandono da prática após o ingresso na universidade. Ramos (2005) também encontrou em seu estudo a maioria dos universitários (55,3%) sedentários ou que praticavam atividade física somente uma vez na semana.

Atualmente, a população jovem sofre pressões para manter-se dentro dos moldes de beleza atuais, ou seja: magreza extrema para mulheres e aumento de massa muscular para os homens. Por outro lado, as atividades intelectuais reduzem o tempo para a atividade física rotineira, levando ao sedentarismo, na maioria das vezes (RAMOS, 2005). Além disso, a inatividade física, segundo Bosi *et al.* (2006), é resultante do estilo de vida moderno de trabalho e de lazer, caracterizado por atividades inertes, que se contrapõem ao desejo de ficar ou permanecer com o corpo magro ou mesmo se manter na faixa considerada normal.

A prevalência de sintomas de anorexia nervosa observada neste estudo (8,3%) está dentro da amplitude de índices apresentados nos estudos nacionais na população de universitários, nos quais foi empregado o EAT-26 para identificação dos sintomas de anorexia nervosa.

Nos estudos nacionais, em uma universidade pública de Ouro Preto (MG), foram avaliados 235 alunos, nos quais foram observados 4,7% com sintomas de anorexia nervosa (ALBUQUERQUE; SOUZA; LUZ, 2006).

Bosi *et al.* (2006), a partir da avaliação de 193 alunas de Nutrição de 17 a 32 anos de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro, encontrou 14% das universitárias com EAT-26 positivo para sintomas de anorexia nervosa (escore \geq 20 pontos).

Em amostra de 326 universitários da primeira fase dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física, de ambos os sexos, com idade média de 24 anos, de uma universidade particular no município de Belo Horizonte (n = 326), encontrou-se prevalência de 12,1%, 13,9% e 10,9% de alunos com sintomas de anorexia nervosa, respectivamente (LUZ *et al.*, 2003).

Souza *et al.* (2002) realizou um estudo com universitárias de medicina na Universidade Federal do Ceará, de idade média de 20 anos, matriculadas no segundo semestre de 1999, e detectou das 199 alunas avaliadas, que 5,5% apresentaram sintomas para anorexia nervosa. Nunes *et al.* (2001) ao avaliarem 513 mulheres entre 12 e 29 anos da área urbana de Porto Alegre, encontraram 16,6% das mulheres com presença de sintomas de anorexia nervosa.

Também realizado com universitários, do sexo feminino (n = 221), alunas de graduação do curso de Nutrição e outros cursos não vinculados à saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, com idade entre 19 e 25 anos, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi de 22,17% (FIATES, SALLES, 2001). É importante refletir sobre as diferenças de prevalências encontradas entre o presente estudo (8,3%) e o estudo de Fiates e Salles (2001), uma vez que foram realizados na mesma instituição (22,17%). Destaca-se que no presente estudo buscou-se a prevalência das universitárias ingressantes na UFSC, selecionando-se amostra que representasse todos os cursos ofertados pela instituição no período da pesquisa, enquanto que no estudo de Fiates e Salles (2001) pesquisou-se a diferença de ocorrência de sintomas de anorexia nas estudantes de nutrição e outros cursos não vinculados à saúde, não houve cálculo para se estimar a prevalência. Portanto, diferenças no cálculo amostral, na seleção e recrutamento da população alvo, pode, dentre outros fatores,

ter influenciado na diferença entre os valores encontrados de alunas com sintomas de anorexia nervosa na Universidade Federal de Santa Catarina.

Com relação aos estudos internacionais que utilizaram o EAT-26 como instrumento para identificação de sintomas de anorexia nervosa, Grange *et al.* (2006) avaliaram 895 africanas, estudantes de escola secundária e universitárias entre 14 e 24 anos (57% da raça branca e 43% da raça negra ou miscigenada) na África do Sul. Do total de alunas avaliadas, 14% dos participantes obtiveram resultado positivo para comportamento anoréxico, destas 90% foram mulheres da raça branca.

Makino *et al.* (2006) avaliaram 7.812 universitárias da Universidade de Rikkyo (Tóquio), com base no EAT-26, e encontraram 5,1% das estudantes com sintomas de anorexia nervosa. Riffo *et al.* (2003) avaliaram 263 mulheres universitárias do primeiro, terceiro e quinto ano do curso de medicina da Universidade do Chile, e encontraram 15,6% com sintomas de anorexia nervosa, sendo a maior porcentagem encontrada nas alunas do primeiro ano ($p = 0,02$).

Em estudo com 402 universitárias de 18 a 22 anos na Flórida (EUA), 17% apresentaram sintomas de anorexia nervosa (ANSTINE; GRINENKO, 2000). Em universitárias, graduandas do curso de Psicologia, na faixa etária de 17 a 24 anos em *Saint Louis* (EUA), das 333 alunas avaliadas, 20% obteve sintomas de anorexia nervosa (NELSON *et al.*, 1999).

Em comparação com esses estudos, as universitárias do presente estudo apresentam prevalência de sintomas de anorexia nervosa condizente com os índices observados nas universitárias de Tóquio e inferior às universitárias da África do Sul, Chile e dos Estados Unidos.

Em geral, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa em universitárias, segundo os estudos nacionais e internacionais oscilou entre 4,7% a 22,2% (ALBUQUERQUE; SOUZA; LUZ, 2006; GRANGE *et al.*, 2006; BOSI *et al.*, 2006; LUZ *et al.*, 2003; SOUZA *et al.*, 2002; FIATES, SALLES, 2001; ANSTINE; GRINENKO, 2000; NELSON *et al.*, 1999).

A prevalência de insatisfação com a imagem corporal entre as universitárias ingressantes foi de 46,5%. Utilizando o mesmo instrumento para avaliar a satisfação com a imagem corporal (BSQ-34), Albuquerque *et al.* (2006), avaliaram 235 alunos de uma universidade pública em Ouro Preto (MG) e encontrou 36,3% deles com insatisfação com a imagem corporal.

Em Florianópolis (SC), Alves (2006) observou que estudantes de escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio, na faixa etária de 10 a 19 anos, apresentaram 18,8% de insatisfação com a imagem corporal.

Em avaliação de 163 estudantes do primeiro ano do curso de medicina da Universidade Federal da Bahia, com idade média de 19 anos, utilizando o BSQ como instrumento de avaliação, encontrou-se 50% das mulheres e 21,3% dos homens com algum grau de insatisfação com a imagem corporal. Além disso, o grupo das mulheres com peso normal apresentou escores no BSQ significativamente maiores que o grupo dos homens com peso normal ($< 0,0001$) (MOREIRA *et al.*, 2005).

Damasceno *et al.* (2005) ao verificar o nível de satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada no campus da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG) ($n = 186$), encontrou somente 24% das mulheres e 18% dos homens satisfeitos com seu corpo. Luz (2003) observou prevalência de 15,3% de insatisfação com a imagem corporal entre os universitários em Belo Horizonte (idade média de 24 anos), sendo esta a única variável significativamente associada à presença de sintomas de anorexia nervosa em sua pesquisa.

No presente estudo, a ingestão energética menor ou igual a 1.000 kcal foi significativamente associada à presença de sintomas de anorexia nervosa, porém quando avaliada juntamente com a satisfação corporal, perdeu sua significância. Nota-se, portanto que, as universitárias que consomem menos energia têm maior chance de apresentarem sintomas de anorexia nervosa, porém este fator é dependente da sua satisfação com a imagem corporal. A presença de sintomas de anorexia nervosa também se mostrou significativamente associada à insatisfação com a imagem corporal ($p < 0,001$). Através da regressão logística múltipla, pôde-se observar que independente de qualquer outra variável, universitárias insatisfeitas com a imagem corporal tem chance de apresentar até 46 vezes mais sintomas de anorexia nervosa do que as que são satisfeitas com a imagem corporal (OR = 46,6, IC 95% (5,4-401,7) e $p < 0,001$).

No estudo de Alves (2006), entre as variáveis dependentes avaliadas (idade das estudantes, renda per capita mensal, escolaridade da mãe, insatisfação com a imagem corporal, presença de menarca e estado nutricional), a insatisfação com a imagem corporal revelou ser o maior fator de risco para a presença de sintomas de anorexia nervosa (OR = 16,7). De forma semelhante, Luz (2003) e Nunes *et al.* (2001) encontraram em seu estudo a insatisfação com a imagem corporal como o fator mais importante na determinação de transtornos alimentares.

Nota-se, portanto, que a insatisfação com a imagem corporal exerce grande influência no desenvolvimento de transtornos alimentares.

É importante destacar, que dentre os vários fatores que podem interferir na percepção corporal, encontram-se os fatores sociais, influências socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal associado às realizações e felicidade. E todos eles, incluindo a percepção distorcida da imagem corporal, podem interferir no equilíbrio nutricional do indivíduo (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005).

Segundo Saikali *et al.* (2004), os indivíduos com transtornos alimentares sentem-se pressionados em demasia pela mídia para serem magros e reportam terem aprendido técnicas não-saudáveis de controle de peso (indução de vômitos, exercícios físicos rigorosos, dietas drásticas) através dela. Ao avaliar 196 universitárias de 16 a 42 anos da Universidade CES na Colômbia, Hejía *et al.* (2003) observaram que os meios de comunicação obtiveram uma grande influência entre as pesquisadas, já que 68% se manifestaram como sendo influenciadas pela televisão ou revistas na maneira como consideravam sua aparência e 40% desejavam perder peso por influência dos meios de comunicação utilizando produtos divulgados neles. Em levantamento realizado para identificar as fontes de informações sobre nutrição e saúde de estudantes ingressantes, entre 17 e 24 anos, de uma universidade privada em São Paulo, a primeira fonte citada como principal, supostamente a considerada mais importante foram as revistas, mencionadas por 33% dos estudantes.

O modelo de beleza imposto pela sociedade atual corresponde a um corpo magro sem, contudo, considerar aspectos relacionados com a saúde e as diferentes constituições físicas da população, além disso, a magreza está relacionada ao sucesso, controle e poder. O corpo passa a ser, portanto uma medida do desempenho do indivíduo (MORGAN; AZEVEDO, 1998; OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Este estudo apresenta algumas limitações como a ausência da coleta de alguns dados como perguntas relativas ao estado psicológico e relacionamento familiar das estudantes, ausência de três ciclos menstruais (amenorréia) nas universitárias, uso do método recordatório de apenas um dia. O instrumento utilizado na coleta de dados visa a identificação de sintomas de anorexia nervosa, ou seja, identifica padrões alimentares e comportamentos irregulares e não o diagnóstico da AN.

Portanto, este estudo deve ser considerado de validade interna, pois se aplica a condições particulares de um grupo populacional, seus resultados não podem ser extrapolados para a população universitária em geral.

7 CONCLUSÃO

Com base nos objetivos inicialmente estabelecidos, a presente investigação possibilitou as seguintes constatações:

- A prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi de 8,3% entre as universitárias investigadas, que se encontra, portanto, dentro da amplitude do normal de índices apresentados nos estudos nacionais e internacionais;

- A prevalência de insatisfação com a imagem corporal apontou que 47,3% das universitárias apresentaram algum grau de insatisfação com a imagem corporal, destas, 27,3% apresentou leve insatisfação, 15,5% moderada insatisfação, e 4,5% severa insatisfação com a imagem corporal, sendo, portanto, superior àquelas encontradas pela maioria dos estudos nacionais e internacionais;

- O estado nutricional das universitárias, segundo o IMC foi caracterizado por 15,9% de baixo peso, 72,3% de eutrofia, 8,6% de sobrepeso, e 3,2% de obesidade. A alta prevalência de baixo peso encontrada difere dos recentes resultados de pesquisas nacionais que mostram aumento de sobrepeso/obesidade no país, porém, assemelham-se à prevalências encontradas em estudos com universitários do sexo feminino;

- A classificação segundo a CC mostrou que 6,4% das alunas apresentaram valores considerados de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares relacionadas à obesidade e 93,6% apresentaram-se sem risco, sendo, portanto, inferior aos resultados de estudos que pesquisaram obesidade abdominal em mulheres de semelhante faixa etária;

- De acordo com a avaliação segundo a % GC, 16,8% das alunas apresentaram obesidade e 83,2% eutrofia. Esta prevalência apresenta-se elevada em comparação à estudos de metodologia semelhante;

- O consumo alimentar atual das universitárias investigadas apresentou valores medianos de consumo energético de 1.667,00, de proteína 66,1 g, de carboidrato 219,0 g e de lipídios 58,0 g. Estes valores de distribuição de macronutrientes são considerados adequados aos das recomendações feitas para esta faixa etária e sexo. Porém, encontrou-se 78,6% das alunas com consumo inferior a 2.200 kcal, esta prevalência revela um número elevado de universitárias com consumo energético abaixo do recomendado;

- O perfil socioeconômico demográfico e comportamental das universitárias apresentou média de escolaridade materna e paterna equiparadas a 12 anos, das quais 82,3% das mães e 77,3% dos pais apresentaram mais de 8 anos de estudo. A média de renda familiar mensal em salário mínimo (SM) foi de 12,8 SM, valor acima do padrão médio nacional. 9,5%

das alunas relataram residir sozinhas, 69,5% residiam com familiares e 20,9% residiam com colegas. Quanto à atividade física, 55,9% relataram não praticar atividade física;

- A insatisfação com a imagem corporal (moderada e severa) revelou ser o único fator de risco para a presença de sintomas de anorexia nervosa entre as universitárias estudadas, de acordo com as variáveis analisadas no modelo de regressão logística. Este resultado assemelha-se ao de estudos que buscaram associação entre sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal.

O presente estudo corrobora com dados encontrados na literatura, que ressaltam a faixa etária (adolescentes e adultos jovens), gênero (sexo feminino) e insatisfação com a imagem corporal como fatores de risco para a presença de sintomas de anorexia nervosa. Além desses fatores, o contexto universitário é por si só um fator estressante que deve ser levado em consideração. Dessa maneira, outras variáveis precisam ser exploradas nos novos estudos sobre esta temática. A presença de fatores psicológicos, por exemplo, são essenciais para a busca da compreensão da etiologia da anorexia nervosa, já que são múltiplos os fatores que podem influenciar no seu desenvolvimento, incluindo os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.

De grande valia também seria uma melhor compreensão do grau de interferência da mídia sobre as mudanças nos padrões alimentares e a supervalorização da imagem corporal feminina. Os meios de comunicação veiculam representações e expectativas nos indivíduos com propagandas e informações, que de um lado estimulam práticas alimentares para emagrecimento e, de outro, instigam ao consumo de alimentos não saudáveis e altamente calóricos.

Por fim, os resultados desta pesquisa levantam a importância para o planejamento de programas de educação nutricional nas universidades, a fim de aumentar o conhecimento sobre nutrição e auxiliar nas escolhas alimentares em busca de uma alimentação saudável em um período de vida de tantas mudanças e escolhas, que é o período universitário.

8 REFERÊNCIAS

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: Congresso Internacional de Educação Física, 21, 2006, Foz do Iguaçu. Livro de resumos, Foz do Iguaçu, 2006.

ALMEIDA, G. A. N., *et al.* Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.1, p.27-35, 2005.

ALVES, E. **Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis, SC.** 2006. 122f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV.** 4.ed., Washington, 1994.

_____. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). **The American Journal of Psychiatry**, v.157, n1, supp., 2000.

ANÇÃO, M. S., *et al.* **Sistema de Apoio á Nutrição [programa de computador]. Versão 2.5.** São Paulo: Centro de Informática em Saúde, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 2002.

ANSTINE, D.; GRINENKO, D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. **Journal of Adolescent Health**, v.26, p.338-342, 2000.

ARECHABAleta, G. *et al.* Composición corporal en una población de estudiantes universitários. **Revista de la Facultad de Medicina** v.25, n.2, dic., 2002.

AZEVEDO, A. M. C. **Considerações diagnósticas na anorexia nervosa: análise a partir de 7 casos clínicos.** 1996. Dissertação (Mestrado - Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo) São Paulo, 1996.

BALLONE, G. J. **Transtornos Alimentares em Adolescentes:** PsiqWeb, 2003. Disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/alimentar/alimentar2.html>>. Acesso em: 01 jun. 2006.

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

BERTSIAS, G. Overweight and obesity in relation to cardiovascular disease risk factors among medical students in Crete, Greece. **BioMed Central Public Health**, v.3, n.3, 2003.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BORGES, N. J. B. G., *et al.* Transtornos alimentares: Quadro clínico. **Medicina**, v.39, n.3, p.340-8, 2006.

BOSI, M. L. M., *et al.* Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.1, p.34-40, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro fotográfico para inquéritos dietéticos: utensílios e porções**. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição 71f. Goiânia, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional (SISVAN). **Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. 120f. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2006.

BUSSE, S. R.; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE S. R. (Org). **Anorexia, bulimia, obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004. 365p. p.31-99.

CAMPOS, L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, P. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.7, n.2, p.183-190, 2007.

CILLIERS, J.; SENEKAL, M.; KUNNEKE, E. The association between the body mass index of first-year female university students and their weight-related perceptions and practices, psychological health, physical activity and other physical health indicators. **Public Health Nutrition**, v.9, n.2, p.234-243, 2006.

COBELO, A. W. De **Lasègue à Lacan: o percurso psicanalítico no estudo da anorexia nervosa**. Disponível em:
http://www.estadosgerais.org/encontro/de_lasegue_a_lacan.shtml. Acesso em: 01 out. 2007.

CONTI, M. A. **Imagem corporal e estado nutricional de estudantes de uma escola particular.** 2002. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO M. F. P.; GAMBARDELLA A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 4, p. 491-497, 2005.

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

CORDÁS, T. A. Questionário de Imagem Corporal – versão para mulheres. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (Ed.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos editorial, 2000. p.352-353.

CORDÁS T. A. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 178-179, 2001.

CORDÁS T. A.; CLAUDINO A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, sup.3, p. 3-6, 2002.

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

COSTA, R. F. **Avaliação física.** São Paulo. Fitness Brasil Collection, 1996

CUNHA S. M.; CARRILHO D. M. O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento acadêmico. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, SP, v. 9, n. 2, 2005.

DAMASCENO V. O., *et al.* Tipo físico e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, v. 11, n. 3, mai/jun, p. 181-186, 2005.

DEYRENBURG P.; YAP M. The assessment of obesity: methods for measuring body fat and global prevalence of obesity. **Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism**, v.13, n.1, p.1-11, 1999.

DUCHESNE M., *et al.* Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.2, p.107-117, 2004.

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

DURNIN J. V. G. A.; WOMERSLEY J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. **British Journal of Nutrition**, v.32, p.77-97 1974.

FAIRBURN C. G.; HARRISON P. J. Eating disorders. **Lancet**, v. 361, p. 407-16, 2003.

FAUSTO M. A. *et al.* Determinação do perfil dos usuários e da composição química e nutricional da alimentação oferecida no restaurante universitário da Universidade Estadual Paulista, Araraquara, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, n.3, p.171-176, 2001.

FENNELL R. Health behaviors of students attending historically black colleges and universities: results from the National College Health Risk Behavior survey. **Journal of American College Health**, v. 46, n. 3, p. 109-117, 1997.

FERRO-LUZZI *et al.* A simplified approach to assessing adult chronic energy deficiency. **European Journal of Clinical Nutrition**, v.46, p.173-186, 1992.

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

FISBERG, R. M. *et al.* Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, R. M.; MARTINI, L. A.; SLATER, B. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. 1ªed. Barueri, SP: Ed. Manole, 2005.334p.

FISCHER M., *et al.* Eating disorder in adolescents: a background paper. **Journal of Adolescent Health Care**, v.16, n.6, p.420-437, 1995.

FLEITLICH B. W., *et al.* Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v.76, sup. 3, p. 323-9, 2000.

FOOD AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). **Nutrition Country Profiles Brazil**. Rome, 2000.

FONSECA V. M.; SICHIERI R.; VEIGA G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.6, p.541-549, 1998.

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

FRISANCHO A. R. **Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status**. Ann Arbor MI: University of Michigan, 1989, 189p.

GARNER D. M.; GARFINKEL P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, 9: 273-279, 1979.

GARNER D. M. *et al.* Eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, v.12, p.871-878, 1982.

GIORDANI R. C. F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia e Sociedade**, v.18, n.2, p.81-88, mai/ago., 2006.

GORGATI S. B. **Corpos desencarnados: um histórico da anorexia**. Psychiatry On-line, Brazil, v.4, jun., 1999. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/anrx699.htm>> Acesso em: 30 maio 2006.

GRANGE D., *et al.* Eating Attitudes and Behaviours in South African adolescents and young adults. **Transcult Psychiatry**, v.43, n.3, p.401-417, 2006.

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 13-17, 2002.

HENDRICKS K. M.; HERBOLD N. H. Diet, activity and other health related behaviors in college-age woman. **Nutrition Reviews**, v. 56, n. 3, p. 65-75, 1998.

HOERR, S. L. *et al.* Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. **Journal of the American College of Nutrition**, v.21, n.4, p.307-314, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro, 2004. 80p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese de Indicadores Sociais 2004. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica**, n.15, 2005.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids**. Washington, National Academy Press, 2002.

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

KIM J. H.; LENNON S. J. Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. **Clothing and Textiles Research Journal**, v.25, n.3, 2007.

KJELSAS, E.; BJORNSTROM, C.; GOTESTAM, K. G. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). **Eating Behaviors**, v.5, p.13-25, 2004.

KLENDER K. S. Social Support: A genetic-epidemiologic Analysis. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 10, p. 1398-1404, 1997.

KUBOKI T., *et al.* Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan. **Psychiatry Research**, v. 62, p. 11-16, 1996.

KUGU N., *et al.* The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v.40, p.129-135, 2006.

LATTERZA A.R., *et al.* Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.173-176, 2004.

LEE S. L.; CHAN Y. Y. L.; HSU L. K. G. The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong. **American Journal of Psychiatry**, v.160, n. 5, p. 967-972, 2003.

LEE, H. Y. *et al.* Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study. **Singapore Medicine Journal**, v.46, n.6, p.275, 2005.

LILES E. G.; WOODS S. C. Anorexia nervosa as viable behavior: extreme self-deprivation in historical context. **History of Psychiatry** v.10, p.205-225, 1999.

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

LOHMAN T. G. **Advances in body composition assessment**. Champaign, Illinois: Human

Kinetics Publishers, 1992, 150p.

LUZ S. S. **Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em universitárias de Belo Horizonte**. São Paulo, 2003. 100f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, 2003.

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.

MAKINO M. *et al.* Factors associated with abnormal eating attitudes among female college students in Japan. **Archives Womens Mental Health**, v.9, p.203-208, 2006.

MANETTA M. C. D. P. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários**. 2002. 36f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo, SP, 2002.

MATOS, M. I. R. *et al.* Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.4, p.165-169, 2002.

MEJÍA, H. D. C. *et al.* Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer y Segundo año. **Revista CES Medicina**, v.17, n.1, 2003.

MENSAH G. A. *et al.* Patterns of body fat deposition in youth and their relation to left ventricular markers of adverse cardiovascular prognosis. **American Journal of Cardiology**, v.84, p. 583-588, 1999.

MIOTTO, P. The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. **Psychiatry Research**, v.119, p.145-154, 2003.

MOREIRA L. A. C. *et al.* Body image in a sample of undergraduate medical students from Salvador, Bahia, Brazil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 4, p.294-297, 2005.

MONTEIRO S. P. C.; SANTOS J. E.; PESSA R. P. Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v.47, p.155-169, 1990.

MORGAN C. M., AZEVEDO A. M. C. **Aspectos Sócio-Culturais dos Transtornos Alimentares**. *Psychiatry on line Brazil* v.3, n.2, 1998. Disponível em: <<http://www.priory.com/psych/culture.htm>>. Acesso em 30 maio. 2006.

MORGAN C. M.; VECCHIATTI I. R.; NEGRÃO A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p.18-23, supp.3, 2002.

MUST A.; DALLAL G. E.; DIETZ W.H. Reference data for obesity: 85th 95th percentiles of body mass index and triceps skinfold thickness. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.54, n.5, p.773, 1991.

NELSON W. L. *et al.* Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. **Adolescence**, v.34, n.135, p.621-633, 1999.

NUNES M. A. *et al.* Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v.16, n.1, p.7-10, 1994.

NUNES M. A., *et al.* Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, n.1, p.21-27, 2001.

OLIVEIRA F. P., *et al.* Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, v. 9, n.6, 2003.

OLIVEIRA E. O; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G.; KAC G. Fatores demográficos e comportamentais associados à obesidade abdominal em usuárias de centro de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.4, p.361-369, 2007.

OLINTO, M. T. A. *et al.* Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1207-1215, 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação dos transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

OZMEN D. *et al.* The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. **BioMed Central Public Health**, v.7, n.80, 2007.

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

PAXTON S. J. Current issues in eating disorders research. **Journal of Psychosomatic Research**, v.44, n. 34, p. 297-99, 1998.

PINZON V.; NOGUEIRA F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004.

POMERLEAU, C. S.; SAULES, K. Body image, body satisfaction, and eating patterns in normal-weight and overweight/obese women current smokers and never-smokers. **Addictive Behaviors**, v.32, p.2329-2334, 2007.

RAMOS S. A. **Avaliação do estado nutricional de universitários**. 205. 109f. Dissertação (Mestrado em Ciência dos Alimentos) - Programa de Pós-Graduação em Ciência dos Alimentos, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

RIFFO P. *et al.* Prevalência de conductas de riesgo de trastornos del hábito del comer em estudantes de medicina. **Revista Chilena del Salud Pública**, v.7, n., p.146-149, 2003.

RIVERA-GALLARDO M. T., PARRA-CABRERA M. S., BARRIGUETE-MELÉNDEZ J. A. Transtornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. **Salud Pública de México**, v.47, n.4, jul/ago, 2005.

SAIKALI C. J., *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.164-166, 2004.

SANTOS L. T. M. **Vivências acadêmicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano**. 2000. Dissertação (Mestrado). Universidade do Ninho, Braga, 2000.

SANTOS L.; ALMEIDA L. S. Vivências acadêmicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano. **Análise Psicológica**, v. 2, n. XIX, p. 205-217, 2001.

SANTOS K. M. O.; BARROS FILHO A. A. Fontes de informação sobre nutrição e saúde utilizadas por estudantes de uma universidade privada de São Paulo. **Revista de Nutrição**, v.15, n.2, p.201-210, mai/ago., 2002.

SANTOS M. A., *et al.* Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. **Vínculo**, v.1, n.1, São Paulo, 2004.

SANTOS J. S. Perfil Antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas – Bahia. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.5, p.623-632, set./out., 2005.

SERRA M. A. S.; SANTOS E. M. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p.691-701, 2003.

SCHILDER P. **A imagem do corpo**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SILVA B.; CRUZ S. **Contexto histórico das doenças do comportamento alimentar**. Ciberjornalismo, 2000. Disponível em: www.fcsh.unl.pt/cadeiras/ciberjornalismo/ciber2000/anorexia.htm. Acessado em set. 2006.

SOUZA F. G. M., *et al.* Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 4, p. 172-180, 2002.

THOMPSON J. K. Body image, Eating disorders and Obesity. Washington DC. American Psychological Association, 1996 *apud* SAIKALI C. J. *et al.*. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.164-166, 2004.

TRICHES R. M.; GIUGLIANI E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.2, p.119-128, 2007.

UZUN O., *et al.* Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. **Comprehensive Psychiatry**, v.47, p.123–126, 2006.

VALE, A. M. O. **Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza**. 2002. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

VASCONCELOS, F. A. G. Antropometria. In: VASCONCELOS, F. A. G. **Avaliação nutricional em coletividades**. 4ª ed. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.186p.

VEGGI A. B., *et al.* 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.

VENDRAMINI C. M. M., *et al.* Construção e validação de uma escala sobre avaliação da vida acadêmica (EAVA). **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 259-268, 2004.

VIEIRA V. C. R., *et al.* Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde de adolescentes recém-ingressos em uma universidade pública brasileira. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 15 n. 3, p. 273-282, 2002.

VIEIRA J. L. L. *et al.* Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com a distorção da auto-imagem corporal em atletas de judô do Estado do Paraná. **Revista da Educação Física UEM**, Maringá, v.17, n.2, p.177-184, 2006.

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

WEINBERG C.; CORDÀS T. A.; MUNOZ P. A. Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? **Revista de Psiquiatria**, v. 27, n. 1, p. 51-56, 2005.

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

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A – Distribuição das alunas que compuseram a amostra investigada, por curso de graduação na UFSC.

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

9.2 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. 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 (cm)	24	164,38	163,95	4,92	154,3	175,9
Peso (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
Circunferência da cintura (cm)	24	70,00	68,25	7,68	59,00	95,00
Gordura corporal (%)	24	30,77	31,07	3,08	23,00	38,00

9.3 APÊNDICE C – Questionário 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:	
2-) Curso:	
3-) Data da entrevista:	4-) Data de nascimento:
5-) Atualmente, em Florianópolis, você mora sozinha: () 1- SIM () 2 – NÃO	
6-) Você mora com quem: () 1 - Familiares () 2 – Colegas	
7-) Você pratica atividade física: () 1- SIM () 2 - NÃO Se SIM, responda as perguntas 8 e 9 , se NÃO passe para a pergunta 10	
8) Quantos dias na semana? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7	
9) Quantas horas?	
10-) Grau de escolaridade: Até que série sua Mãe estudou?	
11-) Grau de escolaridade: Até que série seu Pai estudou?	
12-) Qual a soma aproximada do rendimento de todos os membros de sua família no último mês?	
13-) Qual o número de membros de sua família? (Pai, mãe, irmãos e outros).	

2 - TESTE DE IMAGEM CORPORAL

- *Responda as questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas.*
- *Use a primeira linha da tabela como opções de resposta*

	Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
N	Questões	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
01	Sentir-se entediada faz você se preocupar com a forma física?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
02	Sua preocupação com a sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
03	Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
04	Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda(o)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
05	Você anda preocupada (o) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
06	Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
07	Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
08	Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
09	Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10	Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando se senta?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11	Você já se sentiu gorda(o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12	Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em	[]	[]	[]	[]	[]	[]

desvantagem?							
	Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
N	Questões	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13	Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14	Ao estar nua (nu), por exemplo ao tomar banho, você se sente gorda(o)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
15	Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
16	Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
17	Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
18	Você já deixou de participar de eventos sociais (como por exemplo, festas) por se sentir mal em relação a sua forma física?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
19	Você se sente muito grande e arredondada(o)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
20	Você sente vergonha do seu corpo?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
21	A preocupação frente a sua forma física a(o) leva a fazer dieta?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22	Você se sente mais contente em relação a sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
23	Você acredita que sua forma física se deve a sua falta de controle?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
24	Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
25	Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você?	[]	[]	[]	[]	[]	[]

	Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
N	Questões	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26	Você já vomitou para se sentir mais magro(a)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
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)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
28	Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “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?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
30	Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
31	Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
32	Você já tomou laxantes para se sentir mais magro(o)?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
33	Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
34	A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	[]	[]	[]	[]	[]	[]

4 - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES

Marque com X a alternativa que tem mais haver com você.

N	Freqüência	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
	Questões						
01	Faço regimes para emagrecer	[]	[]	[]	[]	[]	[]
02	Costumo comer alimentos dietéticos	[]	[]	[]	[]	[]	[]
03	Sinto desconforto após comer doces	[]	[]	[]	[]	[]	[]
04	Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	[]	[]	[]	[]	[]	[]
05	Evito comer alimentos que contenham açúcar	[]	[]	[]	[]	[]	[]
06	Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batata, etc.)	[]	[]	[]	[]	[]	[]
07	Preocupo-me com o desejo de ser mais magra	[]	[]	[]	[]	[]	[]
08	Gosto de sentir meu estômago vazio	[]	[]	[]	[]	[]	[]
09	Penso em queimar calorias a mais quando me exercito	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10	Sinto-me extremamente culpada depois de comer	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11	Fico apavorada com a idéia de estar engordando	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12	Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo	[]	[]	[]	[]	[]	[]
13	Presto atenção a quantidade de calorias dos alimentos que eu como	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14	Sinto vontade de vomitar após as refeições	[]	[]	[]	[]	[]	[]
15	Vomito depois de comer	[]	[]	[]	[]	[]	[]
16	Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar	[]	[]	[]	[]	[]	[]
17	Passo muito tempo pensando em comer	[]	[]	[]	[]	[]	[]
18	Sinto-me preocupada com os alimentos	[]	[]	[]	[]	[]	[]
19	Sinto que os alimentos controlam minha vida	[]	[]	[]	[]	[]	[]

N	Freqüência	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
	Questões						
20	Corto os meus alimentos em pequenos pedaços	[]	[]	[]	[]	[]	[]
21	Demoro mais tempo para fazer as minhas refeições do que as outras pessoas	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22	As pessoas me acham muito magra	[]	[]	[]	[]	[]	[]
23	Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais	[]	[]	[]	[]	[]	[]
24	Sinto que os outros me pressionam para comer	[]	[]	[]	[]	[]	[]
25	Evito comer quando estou com fome	[]	[]	[]	[]	[]	[]
26	Demonstro auto controle diante dos alimentos	[]	[]	[]	[]	[]	[]

5 - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Avaliador:

Variável/Medida	1ª Medida	2ª Medida	3ª Medida
Peso (Kg)	_ _ _ , _	–	–
Estatura (cm)	_ _ _ , _	–	–
Circunferência do Quadril (cm)	_ _ _ , _		
Circunferência da Cintura (cm)	_ _ _ , _	–	–
Dobra Cutânea Bicipital (mm)	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _
Dobra Cutânea Tricipital (mm)	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _
Dobra Cutânea Subescapular (mm)	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _
Dobra Cutânea Suprailíaca (mm)	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _

6 - RECORDATÓRIO 24 HORAS

Entrevistador: _____ Data: _____ () fim de semana () dia de semana

Refeições / Horário	Alimento ou bebida	Quantidade (medida caseira)
Desjejum ____ hora		
Colação ____ hora		
Almoço ____ hora		
Lanche ____ hora		
Jantar ____ hora		
Ceia ____ hora		
Extra		

9.4 APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido enviado aos coordenadores de cursos de graduação.

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):

Sou nutricionista e mestranda do Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina. Neste momento estou iniciando a coleta de dados para a elaboração da minha dissertação intitulada: Comportamento bulímico 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 da Cunha Feio – Mestranda UFSC

Prof^o Dr. Francisco de A. G. de Vasconcelos – Orientador

Consentimento

Ciente do exposto acima e estando suficientemente esclarecido (a), eu _____
concordo que oCurso _____
participe desta pesquisa.

Assinatura: _____ Florianópolis, _____

9.5 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 nutricionista e mestranda do Programa de Pós Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, estou neste momento iniciando a coleta de dados para a elaboração da minha dissertação sobre comportamento alimentar e imagem corporal.

Venho solicitar sua permissão para aplicar um questionário sobre alimentação e imagem corporal e também verificar o peso e altura. 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 solicito sua autorização, assinando este termo de consentimento.

Certo de contar com seu apoio, agradecemos antecipadamente.

Cordiamente,

Monalisa Cenci – Mestranda UFSC

Larissa da Cunha Feio – Mestranda UFSC

Profº Dr. Francisco de A. G. de Vasconcelos - Orientador

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: _____

10 ANEXO

10.1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos / UFSC