



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARLUCE ALVES COUTINHO

**COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS A
BULIMIA E ANOREXIA NERVOSAS EM ADOLESCENTES DE
IMPERATRIZ-MA**

PALMAS – TO

2018

MARLUCE ALVES COUTINHO

**COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS A
BULIMIA E ANOREXIA NERVOSAS EM ADOLESCENTES DE
IMPERATRIZ-MA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em
Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins
para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do
Amaral

Co -orientadora: Profa. Dra. Talita Buttarello Mucari

PALMAS – TO

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

C871c Coutinho, Marluce Alves .
COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS A
BULIMIA E ANOREXIA NERVOSAS EM ADOLESCENTES DE
IMPERATRIZ-MA. / Marluce Alves Coutinho . – Palmas, TO, 2018.
65 f.
Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Ciências da Saúde, 2018.
Orientadora : Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral
Coorientadora : Talita Buttarello Mucari
1. Adolescente. 2. Estado nutricional. 3. Imagem corporal. 4. Transtornos
da alimentação. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A
violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARLUCE ALVES COUTINHO

COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS A BULIMIA E ANOREXIA NERVOSAS EM ADOLESCENTES DE IMPERATRIZ-MA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 20/ 09/ 2018

BANCA EXAMINADORA



Dr.^a **Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral**

Orientadora

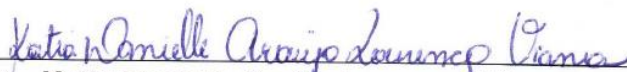
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Dr.^a **Juliana Fonseca Moreira da Silva**

Examinadora Interna

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Dr.^a **Katia Danielle Araújo Lourenço Viana**

Examinadora Externa

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Dedico esse trabalho especialmente ao meu filho Felipe Goudinho, pelo seu amor, apoio compreensão e principalmente por ser minha inspiração diária, para lhe proporcionar o exemplo de que é através dos estudos que podemos conquistar o mundo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por realizar maravilhas todos os dias em minha vida, caminhar ao meu lado, renovar minha saúde e de minha família, me dar força e sabedoria para realizar esse trabalho;

A professora Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral e Profa. Dra. Talita Buttarello Mucari, pela oportunidade, preciosa orientação, e pela paciência que me guiaram nesta empreitada;

Aos meus tios amados Marilice Marinho e Alex Reis pelo apoio e contribuição, em momento fundamental da elaboração desse trabalho.

As nutricionistas Verônica Sousa dos Santos, Andressa Silva Costa e Deysianne Costa Chagas, pela colaboração e por contribuir de maneira preciosa na construção do banco de dados e análises estatísticas;

Aos diretores das escolas por permitir realizar a coleta de dados;

Aos adolescentes, que se dispuseram a realizar todas as avaliações, e aos pais e/ou responsáveis que confiaram no meu trabalho;

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFT, pela oportunidade concedida e apoio para realização desta pesquisa;

As minhas coordenadoras, chefia imediata e colegas de trabalho (atuais e antigos) pela compreensão e apoio durante todo o período do mestrado;

A minhas primas Lilian, Liziane e Emanuella e a todos os (as) meus (minhas) amigos (as), por serem meu porto seguro;

Ao meu amigo Edrise e família, pela amizade e importantíssima colaboração durante a realização do trabalho;

Em especial a minha família, meus pais Eustáquio e Maristela, minhas irmãs Bethânia e Laiz Daleth, meu irmão Paulo Sergio e meus sobrinhos Salim Jorge, Isabela e Pedro Lucas, pelo amor, paciência, carinho e incentivo durante todos os dias da minha vida, e por ter sido o suporte necessário nos momentos difíceis. Amo vocês!

Ao meu filho Felipe Goudinho, você é minha inspiração, meu orgulho e a luz que guia meu caminho todos os dias. TE AMO!

A todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente na elaboração desse trabalho e conclusão do mestrado. Muito obrigada!

RESUMO

Os transtornos alimentares são quadros psiquiátricos, que apresentam como questões centrais a relação do indivíduo com a alimentação. A grande preocupação se concentra nos comportamentos de risco para os transtornos alimentares, que são atitudes extremas adotadas pelo indivíduo visando redução e/ou controle do peso corporal e que podem evoluir para os quadros completos de anorexia e/ou bulimia nervosas. Comportamentos de risco para transtornos alimentares antecedem os distúrbios clássicos, e podem ocasionar danos físicos e emocionais, isolamento social e insatisfação corporal. O presente estudo teve como objetivo identificar comportamentos de risco para o desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosas em adolescentes do ensino médio em escolas públicas da cidade de Imperatriz-MA. Trata-se de estudo transversal, com amostra composta por 440 adolescentes, de 14 a 19 anos, de ambos os sexos. Para coleta de dados utilizaram-se quatro instrumentos autoaplicáveis: Questionário socioeconômico; Body Shape Questionnaire (BSQ); Bulimic Investigatory Edinburgh (BITE) e o Eating Attitudes Test (EAT-26). Analisou-se também o estado nutricional dos participantes, através dos parâmetros antropométricos: peso, altura e índice de massa corporal para idade. A análise estatística foi realizada com o programa STATA, versão 14.0. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. As variáveis qualitativas foram descritas em frequências absolutas e percentuais. Calculou-se a correlação de Spearman entre os escores finais dos questionários EAT e BITE, após o teste de normalidade dos dados (Shapiro Wilk). Para avaliar as associações entre as variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson (X^2) ou o Exato de Fischer, considerando o nível de significância de 5%. Os resultados apontaram para uma amostra predominantemente feminina (62,95%), com idade média de $16,4 \pm 1,22$ anos e a faixa etária mais frequente foi a do período final da adolescência (17 a 19 anos) com 62,5%. O grupo revelou-se preponderantemente eutrófico (80,91%) e satisfeito com sua imagem corporal (72,27%). Detectou-se presença considerável de sintomas sugestivos de anorexia (25,45%) e bulimia nervosas (50,68%) entre os estudantes do ensino médio no município de Imperatriz/MA, bem como associação significativa ($p \leq 0,05$) entre esses sintomas e as variáveis sexo, imagem corporal e estado nutricional, o que permite inferir que tais variáveis são possíveis fatores de risco para o desenvolvimento desses transtornos alimentares na população estudada. Além dessas variáveis, a faixa etária mostrou-se associada aos sintomas bulímicos ($p = 0,046$). Esse estudo demonstrou que a população jovem de Imperatriz/MA segue a mesma tendência de outras regiões brasileiras.

Palavras-chaves: adolescente; estado nutricional; imagem corporal; transtornos da alimentação

ABSTRACT

Eating disorders are psychiatric conditions, which have as central questions the relationship between the individual and the diet. The major concern is the risk behaviors for eating disorders, which are extreme attitudes adopted by the individual aiming at reducing and / or controlling body weight and which can progress to the complete pictures of anorexia and / or bulimia nervosa. Risk behavior for disorders predate the classic disorders, and can cause physical and emotional damage, social isolation and bodily dissatisfaction. The present study aimed to identify risk behaviors for the development of anorexia and bulimia nervosa in high school adolescents in public schools in the city of Imperatriz-MA. It is a cross-sectional study. The sample consisted of 440 adolescents, aged 14 to 19 years, of both sexes. Four self-applied instruments were used to collect data: Socioeconomic questionnaire; Body Shape Questionnaire (BSQ); Bulimic Investigatory Edinburgh (BITE) and the Eating Attitudes Test (EAT-26). The nutritional status of the participants was also analyzed through the anthropometric parameters: weight, height and body mass index for age. Statistical analysis was performed with the STATA program, version 14.0. For the quantitative variables, measures of central tendency and dispersion were calculated. Qualitative variables were described in absolute and percentage frequencies. The Spearman correlation was calculated between the final scores of the EAT and BITE questionnaires after the data normality test (Shapiro Wilk). Pearson's Chi-square (X^2) or Fisher's exact test was used to evaluate the associations between the categorical variables, considering a significance level of 5%. The results pointed to a predominantly female sample (62.95%), with a mean age of 16.4 ± 1.22 years and the most frequent age group was the final period of adolescence (17 to 19 years) with 62.5% %. The group was found to be predominantly eutrophic (80.91%), and satisfied with their body image (72.27%). Significant presence of symptoms suggestive of anorexia (25.45%) and bulimia nervosa (50.68%) among high school students in the municipality of Imperatriz / MA, as well as a significant association (p -value ≤ 0.05) between these symptoms and the variables gender, body image and nutritional status, which allows to infer that such variables are possible risk factors for the development of these eating disorders in the study population. In addition to these variables, the final age range of adolescence was associated with bulimic symptoms ($p = 0.046$). This study demonstrated that the young population of Imperatriz / MA follows the same trend of other Brazilian regions.

Keywords: teenager; nutritional status; body image; eating disorders

LISTA ABREVIACÕES

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AN – Anorexia Nervosa

APA - Associação Psiquiátrica Americana

BITE - *Bulimic Investigatory Edinburgh*

BN – Bulimia Nervosa

BSQ - *Body Shape Questionnaire*

CCEB – Critérios de Classificação Econômica do Brasil

CE – Centro Educacional

CRTA – Comportamento de Risco para Transtorno Alimentar

DSM- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAT - *Eating Attitudes Test*

ESA – Escala de Silhueta para Adolescentes

IMC – Índice de Massa Corpórea

IC – Imagem Corporal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

TA – Transtorno Alimentar

TCA- Transtorno do Comportamento Alimentar

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

URE - Unidade Regional de Educação

WHO. World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequências absoluta (n) e percentual (%), segundo características socioeconômicas, dos adolescentes estudantes do ensino médio em escolas públicas de Imperatriz (MA), Brasil, 2017.	26
Tabela 2. Distribuição de frequências absoluta (n) e percentual (%) referente à classificação do estado nutricional e insatisfação com a imagem corporal dos adolescentes estudantes do ensino médio de escolas públicas em Imperatriz- MA, Brasil, 2017.	27
Tabela 3. Medidas de tendência central e variabilidade para os escores do EAT e BITE dos adolescentes estudantes do ensino médio de escolas públicas em Imperatriz- MA, Brasil, 2017.	29
Tabela 4. Distribuição de frequências absoluta (n) e percentual (%) referente a presença de comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas de acordo com resultados do EAT e BITE, entre os adolescentes estudantes do ensino médio em escolas públicas de Imperatriz- MA, Brasil, 2017.....	30
Tabela 5. Associação entre os sintomas sugestivos de anorexia e bulimia nervosas, em adolescentes do ensino médio em escolas públicas de Imperatriz- MA, Brasil, 2017.....	33
Tabela 6. Associação entre sintomas sugestivos de anorexia e bulimia nervosas com as variáveis: idade, sexo, classe socioeconômica, estado nutricional e insatisfação com imagem corporal, em adolescentes do ensino médio de escolas públicas de Imperatriz- MA, Brasil, 2017.	35

LISTA ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Estratificação da amostra por escolas estaduais do município de Imperatriz-MA, Brasil, 2017.....	21
Quadro 2. Pontos de cortes do “Critérios da Classificação Econômica Brasil” (CCEB)...	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	20
2.1 Geral	20
2.2 Específicos	20
3. METODOLOGIA	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5. CONCLUSÕES	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
Referências	40
Apêndices	47
Anexos	55

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA), também conhecidos como transtornos do comportamento alimentar (TCA), são quadros psiquiátricos, que apresentam como questões centrais a relação do indivíduo com a alimentação. Atualmente são descritos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), no capítulo “Alimentação e transtornos alimentares”, que reúne os critérios diagnósticos para cinco tipos desses transtornos: pica e transtorno de ruminação; transtorno alimentar restritivo/evitativo; anorexia nervosa; bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar periódica.

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial (APA, 2014, p.329).

Os dois principais transtornos alimentares são: a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). A anorexia e bulimia nervosas são distúrbios da conduta alimentar caracterizados por abstenção voluntária de alimentos e pela ingestão compulsiva, seguida de métodos purgativos, respectivamente (BORGES et al., 2006). Essas duas patologias têm em comum a representação alterada da forma corpórea, a preocupação excessiva com o peso e o medo patológico de engordar (BRASIL; MORAES, 2010).

Córdas (2004) define anorexia nervosa como uma perda de peso intensa e intencional utilizando de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual. A anorexia nervosa tem três características essenciais: a restrição persistente da ingesta calórica; o medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e a perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. O indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física (APA, 2014).

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, que são conhecidos por episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal leva o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos auto induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos. O termo bulimia vem da união dos termos gregos

boul (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi (CORDÁS, 2004). O episódio de compulsão alimentar é o sintoma principal e costuma surgir no decorrer de uma dieta para emagrecer. No início, pode se achar relacionado à fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão alimentar-purgação já está instalado, ocorre em todo tipo de situação que gera sentimentos negativos como: frustração, tristeza, ansiedade, tédio e solidão (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Diferentemente do paciente anoréxico, o paciente bulímico não tem desejo de emagrecer cada vez mais. Em geral, seu peso está normal ou em alguns o estado nutricional é o sobrepeso.

Relatos históricos por Córdas (2004) destacam que entre os principais transtornos do comportamento alimentar, a anorexia nervosa foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos na década de 1970. O mesmo autor relata que a bulimia nervosa foi descrita por Gerald Russell em 1979, e um terceiro grupo heterogêneo de quadros assemelhados, mas que não apresentavam sintomas completos nem para o diagnóstico de AN nem para BN, que foram classificados como Transtornos Alimentares Atípicos nos anos 1980.

Os estudos populacionais da prevalência desses transtornos alimentares, são dificultados pela tendência ao segredo que envolve essas patologias, pela a exigência de amostras grandes e a aplicação de metodologia de duas fases obrigatoriamente: uma triagem e a confirmação diagnóstica através da avaliação psiquiátrica. De forma geral, a prevalência de anorexia nervosa varia entre 0,5 e 3,7% e a prevalência da bulimia nervosa é de 1,1% a 4,2% (APA GUIDELINES, 2000). Em países da Europa, recentes estudos relatam prevalência de anorexia nervosa de 1 a 4%, e bulimia nervosa de 1 a 2%, com relação a incidência as taxas da anorexia parecem estáveis, enquanto as da bulimia pode estar diminuindo (KESKI-RANKONEN; MUSTELIN, 2016). Já nos países da América Latina, incluindo o Brasil, a prevalência de BN é superior a de AN, com média de 1,16%, enquanto para anorexia a média atualmente encontrada é de 0,1% (KOLAR et al.,2016).

No estado do Maranhão não se encontrou estudos de prevalência, apenas de triagens, como a pesquisa realizada por Carvalho (2008) em São Luís, que indica 14% de prevalência dos sintomas de AN entre adolescentes e 0,8% de sintomas de BN; além do estudo de Moraes et al. (2016), que detectou frequência de 22,4% referente a comportamentos de risco para desenvolvimento desses transtornos alimentares em estudantes maranhenses, contudo, nenhum estudo com adolescentes no município de Imperatriz/MA, foi encontrado, principal motivação para realização do presente estudo.

Ressalta-se ainda, que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa têm prevalência maior em mulheres do que em homens, e ocorrem a partir de fatores estressantes do cotidiano, como por exemplo, fases de transição, como: a adolescência, mudanças de cidade, aceitação em grupos de amigos e ainda por necessidade de adequar-se a padrões para cursar a faculdade, praticar esportes ou dança, e até mesmo necessidade de ser aceito em grupos sociais (BERNARDES,2010).

A etiologia desses transtornos alimentares é reconhecidamente multifatorial, envolvendo fatores como: vulnerabilidade genética, psicopatologia parental, experiências adversas e pressões socioculturais. Morgan e Claudino (2005) afirmam que os fatores etiológicos podem ser diferenciados em: predisponentes que estão presentes antes do aparecimento do transtorno e tornam o indivíduo vulnerável (hereditariedade, características de personalidade, tendência a obesidade, alterações neurobiológicas cerebrais, eventos traumáticos na infância, preocupações e exigências materna, pressões midiáticas do ideal de magreza e contexto sociocultural); precipitantes que marcam o aparecimento dos sintomas (restrição alimentar e fatores estressores); e mantenedores e protetores que interagem entre si e determinam se o transtorno alimentar vai se perpetuar ou não (consequências da desnutrição e do ciclo compulsão/purgação, fatores psicológicos, interpessoais e culturais).

Para Mizon (2010), esses transtornos são comumente iniciados em resposta a algum medo real ou imaginário ou a um sentimento de inadequação que parece avassalador. Eventos ou circunstâncias de vida significativos, como perdas, separações, mudanças de casa ou escola, divórcios dos pais, modificações corporais da puberdade, distúrbios da imagem corporal, depressão, ansiedade e até mesmo traumas de infância, como abuso sexual, podem atuar como fator precipitante. Sabe-se também que muitos familiares de 1º grau dos portadores de anorexia e bulimia nervosa apresentam risco de 6 a 10 vezes maior do que a população geral, supondo um fator genético na gênese.

A distorção de imagem é umas das características mais marcantes dos transtornos alimentares, Bernardes (2010) afirma que esse distúrbio é um sintoma central dos transtornos alimentares, caracterizado por uma autoavaliação negativa dos indivíduos acometidos, é influenciada pela experiência com seu peso e forma corporal. São distorções cognitivas relacionadas à avaliação do corpo: pensamento dicotômico – o indivíduo pensa em extremos com relação à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela; comparação injusta – quando o indivíduo compara sua aparência com padrões extremos; atenção seletiva – focaliza um aspecto da aparência e erro cognitivo, o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação à sua aparência.

Outra importante característica descrita em pacientes com esses transtornos alimentares diz respeito aos aspectos psicológicos e relacionados a personalidade desses indivíduos. Campos e Haack. (2012) descrevem que o perfil de personalidade dos pacientes com anorexia nervosa apresenta: ansiedade elevada, perfeccionismo extremo, incapacidade de encontrar formas de satisfação, além de acentuada fragilidade, e estes são bem propensos à utilização de mecanismos arcaicos de defesa, caracterizado por uma restrição do potencial adaptativo onde controlam os próprios impulsos com excessivo rigor e tendem à passividade, introversão, obsessividade e dependência de medicamentos. Os autores apontam que entre os pacientes bulímicos é comum: o humor disfórico, a labilidade e o empobrecimento da precisão perceptiva, a vivência de sobrecarga emocional, o reduzido interesse por outras pessoas, e ainda egocentrismo, narcisismo, raiva e negatividade são encontrados em alguns casos.

A principal complicação clínica da anorexia nervosa é a desnutrição, que promove alterações metabólicas e hormonais que podem comprometer ainda mais o quadro clínico. Já na bulimia nervosa essas complicações são mais frequentes, estando principalmente relacionadas ao distúrbio hidroeletrólítico, sendo a hipocalcemia a principal delas (CAMPOS; HAACK, 2012; BORGES et al., 2006).

O tratamento para os transtornos alimentares é complexo, e precisa envolver conhecimentos e práticas interdisciplinares, com uma clínica ampliada e de forma individualizada. A estrutura básica de uma equipe multidisciplinar para o tratamento de transtorno alimentar é composta por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeuta familiar e clínico geral. Outros profissionais, como endocrinologistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em oficinas terapêuticas e acompanhantes terapêuticos colaboram nos seus aspectos específicos. É o grau de comprometimento físico e psíquico que determina a condução da terapêutica aplicada. A modalidade pode ser ambulatorial, internação ou hospital-dia. Em estados clínicos mais graves ou resistentes ao tratamento da anorexia nervosa, a hospitalização é indicada devido às complicações sistêmicas, já na bulimia nervosa as internações são raras, e quando ocorrem se devem a alterações promovidas pelos sintomas purgativos (SAPOZNIK; BUENO; LOBÃO, 2005).

O tratamento medicamentoso pode ser utilizado com o objetivo de controlar os sintomas e/ou comorbidades como depressão, transtorno obsessivo compulsivo e a purgação. Campos e Haack (2012) afirmam que os fármacos mais utilizados no tratamento dos transtornos alimentares, anorexia nervosa e bulimia, são os antidepressivos. Com relação às intervenções psicossociais nesses transtornos, a abordagem cognitivo-comportamental foi considerada como tratamento mais efetivo de acordo com Costa e Melnik (2016), principalmente para bulimia e

anorexia nervosas. Outras abordagens efetivas são a psicoterapia interpessoal, terapia comportamental dialética e terapia de apoio. Abordagens preventivas e promocionais que contemplem fatores de risco individuais, familiares e sociais, são promissoras para o desenvolvimento da autoimagem positiva e auto eficácia.

O tratamento nutricional visa reverter alterações no consumo, padrão, comportamento alimentar e diversas crenças equivocadas sobre alimentação, além de promover hábitos alimentares saudáveis e melhor relação do indivíduo para com o alimento. Os objetivos e características do tratamento diferem para anorexia e bulimia nervosas, contudo, usualmente, a abordagem é dividida em duas fases: a educacional, cujas principais metas são a regularização do hábito alimentar e o aumento do conhecimento nutricional; e a experimental, que propicia maior reabilitação nutricional e mudanças mais profundas no comportamento alimentar (LATTERZA et al., 2004).

Pinzon e Nogueira (2004), com relação ao curso desses transtornos alimentares, afirmam que depois de intervenções terapêuticas, as taxas de recuperação completa de anorexia nervosa ficam em torno de 50%, recuperação intermediária em torno de 30% e 20% não recuperam. Índices de recaída situam-se em torno de 12% a 27%, com taxa de cronicidade aproximada de 20%. E o mais preocupante são as taxas brutas de mortalidade variam de 5% a 20%, sendo as principais causas de mortalidade são complicações da própria AN (50% a 54%), suicídio (24% a 27%) e desconhecidas (15% a 19%). Os mesmos autores relatam que a bulimia nervosa parece ter evolução mais favorável que a AN, os índices de recuperação total entre variam entre 50% e 70%, conforme seus períodos de acompanhamento após manejo terapêutico. Todavia, as taxas de recaída também são altas e situam-se em torno de 30% a 50%. Paralelamente, as taxas brutas de mortalidade da bulimia nervosa estão entre 0,3% a 3%, de acordo com a gravidade dos casos.

Comportamentos de riscos para anorexia e bulimia nervosas e os fatores associados

No contexto de saúde pública, os transtornos alimentares não são considerados de grande magnitude, visto que as prevalências descritas ainda são baixas. Todavia, a grande preocupação se concentra nos comportamentos de risco para os transtornos alimentares (CRTA), que são atitudes extremas adotadas pelo indivíduo visando redução e/ou controle do peso corporal e que podem evoluir para os quadros completos de anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa. Bittencourt et al. (2013) relatam que geralmente esses aspectos são avaliados por testes de triagem que são autopreenchíveis, utilizados tanto para auxiliar no diagnóstico clínico como

para avaliação do risco para desenvolvimento desses transtornos na população. Entre os mais amplamente utilizados estão o *Eating Attitude Test* (EAT) e o *Bulimic Investigatory Edinburgh* (BITE), que consideram basicamente a presença dos sintomas clássicos dos quadros de AN e BN, respectivamente, como restrição alimentar (hábito de fazer dietas restritivas ou jejum), compulsão alimentar e práticas purgativas (uso de laxantes, diuréticos e vômitos autoinduzidos). São ainda exemplos de comportamentos considerados inadequados, sinalizados por esses testes: realizar jejum ou consumo mínimo de comida; pular refeições; fazer exercícios de forma demasiada; medo de ganhar peso; apreensão excessiva com a forma física; controle de quantidade de calorias consumidas e uso de alimentos dietéticos; pensamento constantemente voltado para alimentação e peso; supervalorização da magreza; entre outros.

Estudos de prevalência de anorexia e bulimia nervosas são de difícil realização, pois precisam de pelo menos duas etapas: uma triagem e posteriormente uma entrevista clínica com especialista, a fim de se verificar a positividade para os critérios diagnósticos padronizados internacionalmente. Nesse sentido, os estudos devem focar na frequência, distribuição e determinantes dos comportamentos de risco para tais transtornos, uma vez que esses podem ser avaliados por métodos mais simples e dão indício do problema em um determinado local e população.

Leal et al. (2013), em uma revisão sistemática de literatura, encontraram diferentes nomenclaturas para avaliar esses mesmos aspectos, por exemplo, comportamento alimentar inadequado, comportamento alimentar anormal, suspeita de transtornos alimentares, risco de transtornos alimentares, sintomas de transtornos alimentares, atitudes alimentares anormais, padrões alimentares anormais.

Aproximadamente 25% da população jovem mundial utilizam os comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosa com o propósito de atenuar o peso corporal (FORTES et al., 2016a). Tais comportamentos já acometem proporções significativas da população. No Brasil, a prevalência de sintomas de transtornos alimentares varia de 13,3 a 30,2% (ALVES et al., 2008). Alguns fatores estão associados aos sintomas como: nível socioeconômico, estado nutricional e insatisfação corporal, entre outros.

A imagem corporal é definida como a concepção do indivíduo sobre tamanho, contorno e forma de seu corpo, bem como seus sentimentos em relação a tais características. A insatisfação corporal pode ser descrita como a discrepância entre o corpo idealizado e o corpo percebido, e diz respeito à depreciação que o indivíduo apresenta com relação ao seu peso e a sua aparência física (SCHOMER; KACHANI, 2010).

Entre as diversas variáveis relacionadas à etiologia dos comportamentos de risco para a anorexia e bulimia nervosas, a principal é a insatisfação com a imagem corporal, que parece mediar a relação entre outros fatores e os CRTA. Através dos meios de comunicação, impõe-se a cultura do belo mantida por uma “indústria do belo”, sustentada pela ideia de que para ser bonito e socialmente aceito, precisa ser muito magro (VALE et al., 2011). A pressão social para atingir o padrão de beleza atual exerce forte influência na forma como os indivíduos percebem e avaliam o seu corpo, o desejo de atender a este padrão e a impossibilidade de torná-lo real criam um ambiente de intensa insatisfação com a imagem corporal (MARTINS; PETROSKI, 2015). Por conseguinte, são induzidos à realização de comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso. Tais comportamentos adotados com o objetivo de atingirem ideais de peso e imagem corporal socialmente estabelecidos, não raro ocasionam uma ampla e perigosa gama de complicações orgânicas e comportamentais.

Quando se verifica pela triagem através de questionários autoaplicáveis, a presença de comportamento alimentar anormal, sinais e sintomas dos transtornos alimentares, os adolescentes formam o grupo populacional mais vulnerável, com prevalência que oscila de 16,6 a 35,6% (CECON, 2017). Com relação ao sexo e os comportamentos de risco para transtornos alimentares, o sexo feminino é mais suscetível a adotar as práticas alimentares inadequadas como hábitos corriqueiros. Na Europa, estudos apontam para prevalência de sintomas sugestivos desses transtornos alimentares em 2 a 3% das mulheres e apenas em 0,3 a 0,7% dos homens (KESKI-RANKONEN; MUSTELIN, 2016). No Brasil, pesquisas demonstram prevalência de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas, a incidência de casos de anorexia ocorre de 10 a 20 vezes mais em mulheres do que em homens. Aproximadamente, 75% das pessoas que sofrem de anorexia são mulheres (CAMPOS; HAACK, 2012).

Para Davim et al. (2009), a adolescência, período que vai dos 10 aos 19 anos, constitui-se de um processo biológico e vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade. Com a transição da vida infantil para a vida adulta, as transformações físicas, psicológicas, emocionais e sociais se tornam marcantes nesse período (PHILIPPI; AQUINO; LEAL, 2010). Nessa fase são adquiridos 50% do peso e aproximadamente 20% da estatura da fase adulta e o percentual de gordura também se altera. Antes da puberdade, meninos e meninas possuem percentual de gordura corporal em torno de 15 a 19%, alcançando, as meninas, uma faixa de 22 a 26% de gordura na fase adulta, comparado a cerca de 15 a 18% no sexo masculino (SPEAR, 2005) As alterações físicas decorrentes da puberdade, podem acentuar a preocupação que o adolescente possui com o seu corpo, começam a apresentar preocupação com o aumento de peso e com a forma física. No sexo feminino, a

insatisfação com medidas de cintura e quadril torna-se maior, o que resulta em desejo de emagrecer. Como consequência da não aceitação das mudanças corporais, muitas dessas adolescentes dão início à restrição alimentar, que pode predispor a um transtorno alimentar (TA) (DUNKER; PHILIPPI, 2003) De acordo com Ferreira e Veiga (2008), é comum os adolescentes apresentarem comportamentos alimentares anormais impulsionados pela preocupação extrema com o peso e o medo de engordar.

As mulheres sentem mais fortemente insatisfação com a sua aparência e, como resultado, buscam intensamente o ideal sociocultural do corpo feminino, que é baseado na magreza e amplamente promovido na mídia, esse ideal irrealista de uma figura esbelta pode resultar em insatisfação corporal e alimentação desordenada, estudos apontam que existe uma correlação positiva entre a exposição a meios de comunicação de massa (TV, revistas, blogs e redes sociais) e insatisfação corporal, internalização e desordens alimentares (IZYDORCZYK; SITNIK-WARCHULSKA, 2018). Segundo, Fortes et al. (2016a), o estado de humor no sexo feminino pode ser afetado negativamente em função das mensagens subliminares midiáticas que exaltam ideais estéticos. Fortes, Amaral e Ferreira (2013) afirmam que as jovens do sexo feminino se restringem com frequência de alimentos com alto teor calórico e talvez, este comportamento esteja associado à maior depreciação com o peso e a aparência física, o que demonstra estarem mais susceptíveis para as influências ambientais.

Os comportamentos de risco para transtornos alimentares nas meninas já são bem definidos, no entanto, nos últimos anos, sua manifestação tem sido relatada, também, entre a população masculina, numa proporção de 10 para 1 caso em relação às mulheres, mesmo assim, sua etiologia para essa população ainda não é clara, necessitando de maiores investigações (FORTES et al., 2016b). Di Pietro e Lobão (2005) relatam que homens sentem-se com sobrepeso em um patamar 15% acima que as mulheres, classificam-se como peso ideal mesmo estando 105% acima da referência para eles, e que as alterações da puberdade além de serem mais tardias, causam menos estresse do que no sexo feminino.

Alguns grupos específicos de meninas e meninos apresentam chances maiores de desenvolverem comportamentos de risco, bem como os transtornos alimentares propriamente ditos, é o caso de algumas profissões que exigem um baixo peso ou porte físico saudável, tais como: atletas de esportes estéticos ou de *endurance* (ginástica artística, nado sincronizado, *triathlon*, saltos ornamentais), atletas de modalidade que apresentam divisão de categorias por peso corporal (judô, *tae-kwon-do* e boxe); modelos e manequins; bailarinos e dançarinos;

estudantes e profissionais nutricionistas e área da saúde (FORTES et al., 2015, DI PIETRO; LOBÃO, 2005).

Para Fortes et al. (2016a), existe relação entre pressões socioculturais e os comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas, assim a exposição do ideal de magreza na mídia e as conversas com pais/amigos sobre peso e aparência física são fatores de risco para o desencadeamento desses comportamentos. Da mesma maneira, as características pessoais como: autoestima (conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação que repercute em atitude positiva ou negativa com relação a si), perfeccionismo (elevados padrões de exigências, críticas na avaliação do seu próprio comportamento, sentimentos de insucesso e crenças que as pessoas o avaliam de forma rigorosa), estado de humor (conjunto de sentimentos positivos ou negativos persistentes no momento e que variam em intensidade e duração) e sintomas depressivos (tristeza, perda da capacidade de sentir prazer e, ainda, alterações cognitivas, motoras e somáticas) também podem estar relacionados aos CRTA.

O nível socioeconômico alto até recentemente era responsabilizado como importante fator de exposição para transtornos alimentares. Porém, informações atuais têm mostrado pouca ou nenhuma associação entre esses eventos, permanecendo esse fator de exposição como uma questão não consensual até o momento (ALVES et al. 2012). Descreve-se, portanto, uma distribuição socioeconômica mais ampla dos comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, ocorrendo em todas as classes, no entanto o quadro é mais prevalente em sociedades industrializadas, supondo que o grau de urbanização de uma região pode influenciar no desenvolvimento dos transtornos alimentares, sem necessariamente estar associado ao nível socioeconômico da população, isso se deve provavelmente por tais regiões não conseguirem conter a influência da globalização na divulgação dos ideais de beleza relacionados à forma do corpo (ALVES et al., 2008).

A morfologia corporal (IMC e composição corporal), também têm relação com os comportamentos de risco para transtornos alimentares. Adolescentes com elevado IMC estão mais vulneráveis para a adoção de comportamentos anormais, em outras palavras o excesso de gordura corporal, faz com que os jovens se sintam pressionados a utilizar métodos patogênicos para redução e controle do peso corporal (FORTES et al. 2016a). O estado nutricional de excesso de peso, vem sendo associado de forma significativa à presença de insatisfação com a imagem corporal (IC), e essa por sua vez é fator predisponente para anorexia ou bulimia nervosas, e desencadeia comportamentos inadequados para manutenção de um estado nutricional normal ou até abaixo do adequado. Análises realizadas demonstram que indivíduos

nas categorias de sobrepeso e obesidade apresentam maior insatisfação com a imagem corporal quando comparados à categoria normal, segundo o IMC, como o estudo de Iepsen e Silva (2014), em que adolescentes com sobrepeso apresentaram uma razão de prevalência para insatisfação com a imagem corporal 3,4 vezes maior que os com IMC adequado, e os obesos de 3,2 vezes.

Dessa forma, comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas antecedem os distúrbios clássicos e podem ocasionar danos físicos e emocionais como isolamento social e insatisfação corporal. Assim, a identificação precoce de tais comportamentos de risco, numa determinada população e local, é relevante para subsidiar ações de prevenção para transtornos alimentares e minimizar os danos à saúde.

É importante destacar, que no município de Imperatriz-MA, que apresentou 247. 505 habitantes no último censo populacional (IBGE, 2010), onde um terço de sua população está na faixa etária de zero a 18 anos, com uma rede de ensino composta por 178 escolas públicas e privadas que atendem alunos do ensino fundamental e médio regular, não foram encontrados registros com relação aos comportamentos de riscos para transtornos alimentares em adolescentes. Verificando, portanto, uma carência nos órgãos governamentais da Educação e da Saúde com relação às informações referentes ao surgimento e cuidado desse agravo no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar comportamentos de riscos para o desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosas em adolescentes do ensino médio em escolas públicas da cidade de Imperatriz-MA.

2.2 Específicos

Conhecer o perfil socioeconômico dos adolescentes.

Classificar o estado nutricional e identificar a presença de excesso de peso.

Verificar a insatisfação dos adolescentes com relação a percepção da sua imagem corporal.

Calcular a frequência de comportamentos de risco para anorexia nervosa e bulimia nervosas entre os adolescentes.

Associar os comportamentos de riscos para anorexia e bulimia nervosas a variáveis socioculturais, insatisfação com a imagem corporal e o estado nutricional.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e transversal com adolescentes de ambos os sexos, estudantes do ensino médio em escolas da rede de ensino estadual da cidade de Imperatriz- MA, Brasil.

De acordo com dados do Censo Escolar 2016, o universo dessa população é de 10.608 estudantes (INEP, 2016). Para definir o tamanho amostral utilizou-se a fórmula proposta por Barbetta (2002), considerando-se erro relativo tolerável de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%). A amostra calculada foi de 386 indivíduos. Para margem de segurança da amostra, aplicou-se maior número de questionários (452), o que acresceu a amostra inicial em 17,10%. Dos 452 questionários, 12 foram excluídos por estarem incompletos, permanecendo no estudo 440 adolescentes, o que corresponde ao erro relativo tolerável de 4,67% na amostra final. A amostragem foi estratificada por escola participante (Quadro 1).

Para coleta de dados, contatou-se a Unidade Regional de Educação (URE – Imperatriz). A cidade de Imperatriz apresenta 21 escolas ativas, das quais 18 são na zona urbana e 3 na zona rural. Foram locais do estudo somente as escolas da zona urbana, destas uma escola encontrava-se fechada para reforma. Realizou-se contato com os responsáveis pelas escolas, que assinaram o termo de aceite (Apêndice A). Apenas uma instituição não demonstrou interesse em participar da pesquisa, permanecendo 16 escolas (Quadro 1).

Os participantes foram alunos de ambos os sexos, do primeiro ao terceiro ano do ensino médio de todas as turmas presentes no dia da visita. Excluiu-se da pesquisa alunos com idade menor ou igual a 13 anos e maior ou igual a 20 anos; gestantes ou lactantes, portadores de necessidades especiais que impedisse a mensuração do peso e altura.

Quadro 1: Estratificação da amostra por escolas estaduais do município de Imperatriz-MA, Brasil, 2017.

Escolas	Nº de alunos matriculados/ 2016*	Nº de alunos na amostra
CE Caminho do Futuro	788	33
CE Colégio Militar Tiradentes II	485	0
CE Delahe Fiquene	540	21

CE Dorgival Pinheiro de Sousa	748	30
CE Edinan Moraes	843	32
CE Estado de Goiás	256	19
CE Governador Archer	660	23
CE Graça Aranha	1061	47
CE Mourão Rangel	273	12
CE Nascimento de Moraes	1153	49
CE Newton Barjonas Lobão	831	31
CE Nova Vitória	213	0
CE Raimundo Soares da Cunha	921	41
CE Tancredo de Almeida Neves	351	20
CE União	401	21
CE Urbano Rocha	493	30
CE Vespasiano Ramos	437	22
CE Vinicius de Moraes	154	9
Total	10608	440

Fonte: *Dados do censo escolar 2016 do INEP, <http://inep.gov.br/censo-escolar>

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFT, de acordo com o parecer nº 1.695.787 (Anexo A). Após explicação prévia sobre a pesquisa, estudantes menores de 18 anos, que demonstraram interesse em participar da pesquisa, receberam o Termo de Assentimento (Apêndice B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C) para anuência dos responsáveis, os mesmos foram devolvidos em datas agendadas na escola. Os adolescentes maiores de 18 anos, após esclarecimentos sobre o estudo, recebiam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D).

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2017, em um único momento agendado por escola e por turno, no ambiente escolar durante o período de aula, contudo em local isolado, de forma individual e simultânea. Aos participantes presentes no dia da coleta foram entregues 4 (quatro) testes na forma de questionários de autopreenchimento: Questionário socioeconômico; Questionário de Imagem Corporal (*Body Shape Questionnaire* - BSQ); Teste de Investigação Bulímica (*Bulimic Investigatory Edinburgh* - BITE) e o Teste de Atitudes Alimentares Resumido (*Eating Attitudes Test*, EAT-26

O questionário socioeconômico e antropométrico foi composto por dados de identificação do estudante, medidas antropométricas, recursos financeiros e grau de

escolaridade do chefe de família (Apêndice E). Nesta etapa, os participantes foram orientados a deixar os dados referentes a peso (kg), altura (m) e IMC (kg/m²) em branco, pois seriam posteriormente preenchidos pelo pesquisador.

Os adolescentes foram classificados conforme sexo masculino e feminino e categorizados de acordo com a idade, segundo o critério de classificação da WHO (*World Health Organization*, 2005): período intermediário (14 a 16 anos) e período final (17 a 19 anos). Os dados de posse de itens e grau de escolaridade do chefe de família foram extraídos dos Critérios de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Esse instrumento avalia a quantidade de itens de conforto adquiridos (automóvel, geladeira, televisão etc.), identifica o grau de instrução do chefe de família e classifica os indivíduos em estratos a partir da soma dos pontos de cada questão (ABEP, 2008), conforme Quadro 2 abaixo:

Quadro 2. Pontos de cortes do “Critérios da Classificação Econômica Brasil” (CCEB).

Classe	Pontos
A1	42 a 46
A2	35 a 41
B1	29 a 34
B2	23 a 28
C1	18 a 22
C2	14 a 17
D	8 a 13
E	0 a 7

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008) <http://www.abep.org/criterio-brasil>

Ressalta-se que o CCEB tem o objetivo de aferir o poder de compra dos indivíduos e famílias, sem a ambição de classificar a população em termos de “classes sociais”, estratificando-as em classes econômicas. A variável classe socioeconômica, nesse estudo, foi categorizada em apenas três subclasses: A/B (A1+A2 + B1+B2), C (C1 + C2) e D/E (D+E).

Na avaliação antropométrica para determinação dos valores de peso (Kg) e altura (m), os participantes ficaram descalços, vestindo os uniformes escolares e com os bolsos vazios. Foi utilizada balança digital portátil da marca Omron com capacidade de até 200kg, e estadiômetro de parede da marca Welmy. O índice de massa corporal (IMC) foi obtido através da razão entre peso (Kg) e o quadrado da altura (m).

A classificação do estado nutricional foi realizada pelo IMC (Kg/m²) por idade, tendo como referências as Curvas de Crescimento da OMS (BRASIL, 2007) (Anexo B), em que o

valor obtido de IMC e a idade do adolescente foram identificados no gráfico de IMC por idade, segundo o sexo. Traçada a intersecção da medida de IMC do adolescente com sua idade, identificou-se em qual percentil se encontra, classificando o estado nutricional pela interpretação dos pontos de corte. Existem dois pontos de corte para o indicador de IMC por idade para adolescentes (percentis 5 e 85), admitindo-se a seguinte classificação: para percentil abaixo de 5 o adolescente é classificado com magreza; para percentil maior ou igual a 5 e menor que 85 o adolescente encontra-se eutrófico (peso adequado para idade e altura); para percentil maior ou igual a 85 o adolescente apresenta excesso de peso. Posteriormente, os dados da classificação do estado nutricional dos adolescentes foram divididos em duas categorias distintas: sem excesso de peso (percentil < 85) e com excesso de peso (percentil ≥ 85).

Para verificar a insatisfação dos adolescentes em relação a percepção da sua imagem corporal foi utilizado o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (Anexo C), validado para população brasileira, composto por 34 perguntas referentes às quatro últimas semanas, com opções de respostas de acordo com a legenda: (1) nunca; (2) raramente; (3) às vezes; (4) frequentemente; (5) muito frequentemente; (6) sempre. Cada resposta equivale a uma pontuação (1 a 6 pontos), e na somatória quanto maior a pontuação, maior é a preocupação com a forma do corpo, a auto depreciação devido à aparência física e à sensação de estar gordo (PRADO et al., 2015). Os adolescentes que pontuaram de 0-80 pontos foram classificados como sem insatisfação com a imagem corporal; 81-110 pontos com insatisfação leve; 111-140 pontos com insatisfação moderada e 141-204 pontos com insatisfação grave. Para a análise de associação nesta pesquisa, utilizou-se a seguinte categorização: sem insatisfação, insatisfação leve e insatisfação moderada/grave.

O *Eating Attitudes Test* - EAT-26 (Anexo D), foi utilizado para rastreamento de indivíduos susceptíveis ao desenvolvimento de anorexia nervosa (AN), seu resultado positivo indica comportamento de risco para esse transtorno da alimentação, ou seja, presença de sintomas sugestivos de anorexia nervosa. O teste é composto por 26 questões distribuídas em três fatores, a saber: 1) dieta – diz respeito à recusa patológica a alimentos com alto teor calórico e à preocupação com aparência física (13 primeiros itens); 2) bulimia e preocupação com os alimentos – refere-se a episódios de compulsão alimentar, seguido por comportamentos purgativos para perda/controlar de peso corporal (6 itens seguintes); 3) autocontrole oral, reflete o autocontrole em relação à comida e avalia forças ambientais e sociais estimulantes da ingestão alimentar (últimos 7 itens) (FORTES et al., 2014). A pontuação segue uma escala Likert, com seis opções de resposta para cada questão: sempre (3 pontos), muito frequentemente (2 pontos), frequentemente (1 ponto), às vezes (0 ponto), raramente (0 ponto) e nunca (0 ponto). Um escore

igual ou maior a 20 pontos indica presença de comportamentos de riscos para AN (CORDÁS; KACHANI, 2010). Nesse estudo os resultados do EAT-26 foram categorizados da seguinte forma: ≥ 20 pontos corresponde a EAT positivo (presença de sintomas sugestivos de AN) e < 20 pontos, EAT negativo (ausência de sintomas sugestivos de AN).

Utilizou-se o instrumento *Bulimic Investigatory Edinburgh* - BITE (Anexo E) para rastreamento e avaliação de comportamentos sugestivos de bulimia nervosa, como a ingestão excessiva de alimentos e utilização de métodos purgativos compensatórios. O BITE é composto por 33 questões dicotômicas com opções de respostas “sim” e “não”, que são divididas em 2 (duas) subescalas: escala de sintomas e escala de gravidade desses comportamentos. A pontuação é feita pela soma de 1 ponto para cada resposta “sim”, com exceção nas questões 01,13,21,23 e 31 onde a pontuação é feita de maneira inversa. As questões 06, 07 e 27 compõem a escala de gravidade dos sintomas bulímicos, sendo somente analisada quando o escore na subescala de sintomas é superior a 10 pontos, essa por sua vez é composta pelas outras 30 questões. A primeira escala de sintomatologia está relacionada à identificação dos sintomas, comportamento alimentar e dieta, e possibilita uma classificação do grau dos sintomas bulímicos presentes. Utilizou-se a seguinte categorização: “presença de comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de preencher os critérios diagnósticos de bulimia nervosa” (pontuação ≥ 20 pontos), “padrão alimentar não usual, em geral não estão presentes todos os critérios para bulimia” (10 a 19 pontos) e “padrões de normalidade ou ausência de comportamentos típicos da bulimia” (0 a 9 pontos). A subescala de “gravidade” é baseada na frequência dos comportamentos compulsivos e purgativos, e foi classificada como: “gravidade baixa” (total ≤ 4 pontos), “gravidade moderada” (5 a 9 pontos) e “gravidade alta” (≥ 10 pontos). O questionário aplicado é validado e traduzido para o português, por Cordás e Hochgraf (1993, apud CORDÁS e KACHANI, 2010).

Os dados foram tabulados com utilização do *software* Excel 2013 e a análise estatística realizada com o programa STATA, versão 14.0. Com a finalidade de caracterizar a amostra, realizou-se estatística descritiva de todas as variáveis do estudo. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, coeficiente de variação e desvio-padrão), valor mínimo e valor máximo. O coeficiente de variação (CV) foi classificado de acordo com Fonseca e Martins (2012), que sugerem que a distribuição apresenta pequena variabilidade quando o $CV \leq 10\%$; média variabilidade quando $10\% < CV \leq 20\%$ e grande variabilidade quando $CV > 20\%$. As variáveis qualitativas foram descritas em frequências absolutas e percentuais. Calculou-se a correlação de *Spearman* entre os escores finais dos questionários EAT-26 e BITE, após o teste de normalidade dos dados (*Shapiro Wilk*).

Para avaliar as associações entre as variáveis categóricas, utilizou-se o Qui-quadrado de Pearson (X^2) ou Exato de Fischer, considerando o nível de significância de 5% ($p\text{-valor} \leq 0,05$).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição de frequências das variáveis socioeconômicas avaliadas na presente pesquisa, referente aos 440 adolescentes participantes, está descrita na Tabela 1.

A amostra foi predominantemente feminina com idade média de $16,4 \pm 1,22$ anos, sendo a faixa etária mais frequente (62,95%) a do período final da adolescência (17 a 19 anos).

Tabela 1. Distribuição de frequências absoluta (n) e percentual (%), segundo características socioeconômicas, dos adolescentes estudantes do ensino médio em escolas públicas de Imperatriz (MA), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	277	62,95
Masculino	163	37,05
Total	440	100%
Faixa Etária		
Período intermediário (14 – 16 anos)	165	37,50
Período final (17 – 19 anos)	275	62,50
Total	440	100%
Classe Socioeconômica		
A/B	199	45,23
C	209	47,50
D/ E	32	7,27
Total	440	100%

De acordo com os Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2008), a classe C foi a mais frequente com 47,5%, seguida das classes A/B (45,23%) e as classes D/E (7,27%). O resultado apresentado pela maioria da amostra é condizente com o perfil de estudantes de escolas públicas, e está de acordo com a distribuição das classes econômicas no Brasil (ABEP, 2015) em que a classe C engloba 47,8% das famílias urbanas brasileiras.

Borges et al. (2006) citam que o perfil clássico de pacientes portadores de anorexia e bulimia nervosas era composto geralmente por adolescentes do sexo feminino, raça branca e alto nível sócio econômico, mas esse perfil tornou-se heterogêneo e verifica-se o diagnóstico

em adolescentes também do sexo masculino, raça negra, pré-adolescentes e pacientes com baixo nível sócio econômico e cultural. Assim, uma amostra heterogênea composta por ambos os sexos, diferentes classes sociais e faixas etárias é mais adequada para verificar comportamento de risco para tais transtornos.

Na avaliação do estado nutricional dos adolescentes, o grupo revelou-se preponderantemente eutrófico (80,91%) de acordo com o IMC por idade, ou seja, dentro dos padrões de normalidades, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de frequências absoluta (n) e percentual (%) referente à classificação do estado nutricional e insatisfação com a imagem corporal dos adolescentes estudantes do ensino médio de escolas públicas em Imperatriz- MA, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Estado Nutricional		
Magreza	15	3,41
Eutrofia	356	80,91
Excesso de peso	69	15,68
Total	440	100%
Insatisfação com a imagem corporal		
Sem insatisfação	318	72,27
Insatisfação leve	66	15,00
Insatisfação moderada/ grave	56	12,73
Total	440	100%

No estudo de Baad et al. (2016), que objetivou identificar a prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares, insatisfação com a imagem corporal e o estado nutricional de adolescentes em Petrolina-PE, com 418 meninas entre 10 e 18 anos, também se verificou amostra predominantemente eutrófica (64,11%), de acordo com o IMC/idade. Assim como no estudo de Miranda et al. (2014) em Minas Gerais com 445 adolescentes, com prevalência de estado nutricional adequado em 84,9% da amostra e 12,8% com sobrepeso e obesidade.

Ao se categorizar o estado nutricional de acordo com a presença de excesso de peso entre os adolescentes maranhenses, verificou-se que a maioria dos estudantes não apresentaram excesso de peso (84,32%), valor referente a soma dos estudantes com diagnóstico nutricional adequado e os com magreza. Resultado semelhante ao encontrado por Moraes et al. (2016), que avaliaram fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em 254 estudantes universitárias de três instituições no estado do Maranhão, com idades entre 17 e 49 anos, 85,4% apresentavam-se sem excesso de peso e 14,6% com excesso de peso.

A Tabela 2 mostra também o resultado referente à imagem corporal dos estudantes, baseado no teste BSQ. Verifica-se na amostra estudada que a maioria dos adolescentes estão satisfeitos com o próprio corpo (72,27%).

No estudo de Iepsen e Silva (2014), também utilizando o BSQ, avaliaram-se 510 estudantes com idades entre 10 e 19 anos de ambos os sexos. Os resultados mostraram valores percentuais um pouco menores, onde 16,9% apresentaram insatisfação com a imagem corporal sendo: 11,5% leve e 5,4% moderada/severa. Na pesquisa de Martins e Petroski (2015), que avaliaram a insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino, os percentuais foram mais próximos aos encontrados nessa pesquisa, com 26,4% da amostra insatisfeita com relação a sua imagem corporal e 73,6% satisfeita, contudo esse resultado foi apenas entre meninas. Miranda et al. (2014) observaram que 27,8% dos adolescentes manifestaram algum nível de insatisfação corporal, quando aplicado o BSQ, mas os mesmos adolescentes, quando avaliados pela Escala de Silhueta para Adolescentes (ESA), apresentaram 76,2% de insatisfação. O estudo de Miranda et al. (2014) constatou que as meninas foram significativamente mais insatisfeitas que os meninos.

Ao se avaliar os resultados da Tabela 2, quanto ao estado nutricional e insatisfação corporal dos adolescentes da amostra estudada, pode-se verificar que a preocupação com relação a forma do corpo entre os adolescentes estudados está adequada a sua real situação nutricional, visto que a maioria apresenta IMC adequado para sua idade e satisfação com o próprio corpo. Da mesma maneira, os resultados de Baad et al. (2016) mostraram que a maioria da população se encontrava eutrófica e satisfeitas com suas estruturas corporais atuais.

Contudo, os dados sugerem importantes percentuais de presença de excesso de peso e de algum grau de insatisfação corporal entre os adolescentes, características que os expõem a utilização de práticas não saudáveis para controle de peso corporal e ao desenvolvimento de comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas. Alves (2010) menciona que o alto índice de massa corporal e a insatisfação com a imagem corporal são fatores de predisposição/precipitantes desses transtornos.

Os resultados demonstram também que o percentual de insatisfação com a imagem corporal (leve e moderada/grave), é superior à presença de excesso de peso e magreza, ou seja, existe nesse grupo adolescentes que apresentam estado nutricional adequado, e ainda assim não estão satisfeitos com sua forma corporal e aparência física. Para Silva et al. (2012), o aspecto mais prevalente entre os adolescentes em relação ao seu peso e aparência é a crença de que estão acima do peso, mesmo com o estado nutricional adequado ou até abaixo do recomendado, e isso se deve muitas vezes devido à pressão social e aos meios de comunicação, na medida que

transmitem imagens e padrões estéticos centrados na magreza como ideal de beleza. Ludewing et al. (2017) descrevem que um alto nível de insatisfação com o corpo pode significar uma ameaça para o bem-estar e que os adolescentes que estão mais insatisfeitos com a sua aparência física apresentam maior risco para depressão, baixa autoestima e transtornos alimentares.

A presença de comportamentos de riscos para anorexia nervosa e bulimia nervosa é detectada pelos testes de maneira crescente, ou seja, quanto maior a pontuação alcançada pelos adolescentes, mais presentes estão os sintomas sugestivos desses transtornos. A análise das medidas de tendência central e de dispersão das pontuações alcançadas pelos adolescentes no EAT e na escala de sintomas do BITE estão descritas na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3. Medidas de tendência central e variabilidade para os escores do EAT e BITE dos adolescentes estudantes do ensino médio de escolas públicas em Imperatriz- MA, Brasil, 2017.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Mediana	Mínimo	Máximo
Escore EAT	14,7	8,80	59,8%	13,5	0	46
Escore BITE	10,48	5,08	48,5%	10	1	28

O ponto de corte do EAT utilizado para presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares foi ≥ 20 pontos, portanto a média e a mediana encontrada desse escore indica ausência de sintomas sugestivos de anorexia nervosa entre os adolescentes. Com relação aos sintomas indicativos de bulimia nervosa, o ponto de corte do BITE foi ≥ 10 pontos para presença desses comportamentos, logo os valores da média e da mediana encontrados nos escores do BITE são indicativos de um padrão alimentar não usual sugestivos de comportamentos de risco para bulimia nervosa na amostra estudada. Pode-se observar, a partir do coeficiente de variação uma grande variabilidade entre as pontuações totais obtidas pelos adolescentes em ambos os testes, mas os dados referentes ao escore do EAT apresentaram mais dispersão do que o escore do questionário BITE.

Os resultados encontrados são similares aos encontrado por Moraes et al. (2016), em que o EAT apresentou pontuação mediana de 11 pontos (mínimo de 0 e máximo de 59 pontos), também indicando ausência de risco para anorexia nervosa. E difere do resultado encontrado por Cardoso (2009), que estudou 189 adolescentes de ambos os sexos, que apesar de ter encontrado em valores limítrofes ao indicativo de risco para BN (média de $9,1 \pm 6,4$ pontos), a média não representou presença de comportamentos bulímicos.

A Tabela 4 apresenta a distribuição de frequências para os comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas na amostra estudada, além dos resultados para a subescala de gravidade do BITE aplicada aos adolescentes que apresentaram resultados positivos para presença de sintomas bulímicos.

Tabela 4 Distribuição de frequências absoluta (n) e percentual (%) referente a presença de comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas de acordo com resultados do EAT e BITE, entre os adolescentes estudantes do ensino médio em escolas públicas de Imperatriz-MA, Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Sintomas sugestivos de anorexia nervosa		
Negativo	328	74,55
Positivo	112	25,45
Total	440	100%
Sintomas sugestivos de bulimia nervosa		
Padrões de normalidade	217	49,32
Padrão alimentar não usual	195	44,32
Comportamento alimentar compulsivo	28	6,36
Total	440	100%
Gravidade dos sintomas bulímicos		
Gravidade Baixa	151	67,71
Gravidade Moderada	62	27,80
Gravidade Alta	10	4,48
Total	223	100%

Verifica-se um resultado de EAT positivo em 25,45% da amostra, o que sugere um comportamento alimentar anormal frequente por esses adolescentes, sinalizando o risco de desenvolvimento de anorexia nervosa. São exemplos de comportamentos de risco apontados por esse questionário: a prática de dietas restritivas; consumo de alimentos dietéticos; a restrição do consumo de determinados grupos de alimentos; a quantificação de calorias consumidas; preocupação com peso, aparência física e comida; práticas purgativas; medo de ganhar peso; e autocontrole com a alimentação. Segundo Alves et al. (2008), a frequência de sintomas de anorexia nervosa na ordem de 8,8% ou inferior é considerada abaixo da média, indicando uma característica positiva da população, entretanto, valores maiores de 20% são bastante inquietantes, dessa maneira a população investigada pelo presente estudo apresenta uma situação de risco para esse transtorno alimentar, considerada elevada e preocupante.

Esse resultado é similar ao encontrado em estudantes do estado do Maranhão por Moraes et al. (2016), em que o risco de desenvolver transtorno alimentar, detectado pelo EAT,

apareceu em 22,4% da amostra. E com estudo de Martins et al. (2017), realizado na região sul, cidade de Bom Jesus-RS, onde a prevalência dos sintomas de anorexia nervosa foi de 29,9%. Contudo, em estudos menos recentes valores menores (9,7% a 14,4%) foram relatados (CARVALHO, 2008; POWER et al., 2008; SOUZA et al., 2011; CUBRELATI et al., 2014), o que sugere aumento nos comportamentos de risco para esse transtorno alimentar entre os adolescentes no decorrer do tempo.

Com relação aos resultados apontados pelo BITE (Tabela 4), que rastreia comportamento de risco para bulimia nervosa, estão em situação de risco 50,68% dos estudantes do ensino médio de escolas públicas em Imperatriz/MA. Esses adolescentes apresentam padrão alimentar não usual e comportamento alimentar compulsivo utilizando práticas deletérias para controle de peso, tais como: dietas restritivas, longo períodos de jejum, uso de medicamentos para emagrecer, diuréticos, laxantes e vômitos auto induzidos. Em 6,36% da amostra, verificou-se presença de comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de preencher os critérios diagnósticos de bulimia nervosa, pois alcançaram pontuação ≥ 20 pontos no BITE. Alves (2010) afirma que 20 ou mais pontos no BITE, indicam alto grau de desordem alimentar, presença de episódios bulímicos e grande probabilidade de associação com distúrbios nervosos, sugerindo possibilidade do diagnóstico de bulimia nervosa, sendo indicado nessa situação, a confirmação diagnóstica através de entrevista clínica com profissionais especialistas habilitados.

No estudo de Prado et al. (2015), que analisou 408 estudantes, com idades de 18 a 23 anos, a frequência de comportamento sugestivo de bulimia nervosa também foi alta, entre as mulheres 26,1% apresentaram esses sintomas e entre os homens 21,6%. No estudo de Silva et al. (2012), com uso desse mesmo instrumento de avaliação de risco para bulimia nervosa em 300 adolescentes de Recife-PE, encontraram-se 36,67% de padrão alimentar não usual e 2,3% de comportamentos sugestivos de bulimia nervosa. Os autores Lima, Rosa e Rosa (2012) identificaram resultado inferior aos dados do presente estudo (15,4% de resultados positivos).

A subescala de gravidade do BITE fornece o nível da gravidade do comportamento inadequado sugestivo de bulimia nervosa, de acordo com a frequência da ocorrência dos sintomas. Nesse estudo, aplicou-se essa subescala em 223 (50,68%) adolescentes, que pontuaram valores maiores que 10 na escala de sintomas, os resultados apontaram para: 67,71% com gravidade baixa, 27,8% com nível de gravidade moderado e 4,48% com gravidade alta, conforme descrito na Tabela 4. Estes resultados demonstram preocupante situação de risco, visto que há possibilidade de evolução dos casos de média gravidade para comportamentos de alta gravidade e conseqüente instalação desse transtorno alimentar completo.

Os dados encontrados estão de acordo com outras pesquisas, utilizando o mesmo instrumento, como o estudo de Vale et al. (2011), que identificou entre adolescentes de diferentes estratos sociais do Nordeste brasileiro que apresentavam sintomas sugestivos de bulimia nervosa: 91,1% com baixa gravidade, 8% tinham gravidade média e 0,9% com gravidade intensa. Da mesma forma Guimarães et al. (2014) verificaram 40,0% de risco para bulimia nervosa (escala de sintomas com padrão não usual e comportamento compulsivo), e na escala de gravidade do BITE, 10,0% encontravam-se na faixa classificada como moderada e os outros 90% com gravidade baixa. Cardoso (2009) encontrou sintomas sugestivos desse transtorno em 40% dos adolescentes de sua amostra, e desses 14,3% com gravidade média e alta.

Os resultados descritos na Tabela 4, baseados nos questionários EAT e BITE, indicam que os estudantes do ensino médio de escolas públicas na cidade de Imperatriz/MA, apresentam comportamentos de riscos para o desenvolvimento tanto de anorexia quanto para bulimia nervosa, com uma maior frequência de sintomas sugestivos de bulimia nervosa do que de anorexia nervosa. Um estudo realizado em Salvador/BA por Alves et al. (2008) apresentou dados similares ao presente trabalho, enquanto o EAT detectou a menor frequência de sintomas sugestivos de transtorno alimentar, indicando menor risco de anorexia nervosa (1,3%), o teste BITE detectou a maior frequência (25,1%) do evento entre os investigados, sugerindo uma disposição maior para ocorrência de sintomas de bulimia nervosa entre os estudantes. Destaca-se que os resultados dos testes utilizados não são suficientes para se estabelecer o diagnóstico desses transtornos alimentares, devendo os adolescentes com resultados positivos passar por entrevistas clínicas para confirmação da resposta aos critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-V. O estudo de KOLAR et al. (2016) afirmam que a prevalência de bulimia nervosa após confirmação diagnóstica nos países da América Latina, incluindo o Brasil, é superior a ocorrência de anorexia nervosa, diferente da Europa e Estados Unidos, onde a anorexia nervosa é um distúrbio mais prevalente.

Por conseguinte, os dados obtidos e os estudos citados, demonstrando que os comportamentos alimentares inadequados, têm se tornado frequente no hábito cotidiano na vida de adolescentes, o que pode acarretar em crescente aumento nos casos de transtornos alimentares, principalmente a bulimia nervosa, com consequências deletérias à saúde dessa população. Segundo Teixeira et al. (2015), as complicações predominantes em relação a esses transtornos são hipoglicemia, alterações endócrinas, perda de densidade mineral óssea, arritmia cardíaca, hipotensão arterial, insuficiência pulmonar e renal, depressão e suicídio.

O teste de *Shapiro-Wilk* apontou para distribuição não normal dos dados do EAT e do BITE ($p < 0,001$), assim para verificação da associação entre as duas características utilizou-se correlação de rank de *Spearman*, que resultou em um coeficiente de 0,38 ($p < 0,001$). O coeficiente de correlação apontou associação linear positiva moderada no posicionamento dos indivíduos com sintomas sugestivos de anorexia nervosa e bulimia nervosa. Tal valor indica que apenas alguns adolescentes que apresentaram altas pontuações no EAT, apresentaram resultados similares no BITE e vice-versa. A Tabela 5 apresenta a associação entre a classificação dos comportamentos de risco sugestivos de anorexia e bulimia nervosas.

Tabela 5. Associação entre os sintomas sugestivos de anorexia e bulimia nervosas, em adolescentes do ensino médio em escolas públicas de Imperatriz- MA, Brasil, 2017.

Variáveis	Sintomas sugestivos de anorexia nervosa						<i>p</i>
	Negativo		Positivo		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sintomas sugestivos de bulimia nervosa							
Padrões de normalidade	185	56,4	32	28,6	217	49,32	
Padrão alimentar não usual	135	41,2	60	53,6	195	44,32	
Comportamento alimentar compulsivo	8	2,4	20	17,8	28	6,36	<0,001
Total	328	100	112	100	440	100	

n= frequência absoluta; % = frequência percentual; *p*= nível de significância para o teste Qui-quadrado de Pearson.

De acordo com os dados demonstrados na Tabela 5, as variáveis sintomas sugestivos de anorexia nervosa e sintomas sugestivos de bulimia nervosa associaram-se de forma estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Pode-se visualizar que dos 112 adolescentes com EAT positivo: 60 (53,6%) apresentam padrão alimentar não usual e 20 (17,8%) já apresentam comportamento alimentar compulsivo, com grande possibilidade de bulimia nervosa, portanto 80 (18,2%) adolescentes da amostra total ($n=440$) apresentaram comportamentos anoréxicos e bulímicos concomitantemente, no entanto, isso não significa que o adolescente desenvolverá ambos transtornos. Segundo a APA (2014), a anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa ocorre em indivíduos com comportamento alimentar compulsivo, não devendo receber diagnóstico adicional de bulimia nervosa.

Em outra pesquisa com 500 adolescentes na cidade de São Luís-MA, 85 (17%) estudantes apresentaram conduta alimentar que sugere anorexia ou bulimia nervosa, destes 70 apresentaram comportamento sugestivo de anorexia e 4 para bulimia, 11 apresentaram sintomas de anorexia e bulimia combinados (CARVALHO, 2008). Em um trabalho do ano de 2004, que avaliou 1.807 escolares com idades entre 7 e 19 anos no estado de Minas Gerais, foi detectado

entre os alunos com EAT positivo 241 (13,3%), que 43 (17,8%) deles faziam uso de métodos purgativos, práticas típicas da bulimia nervosa (VILELA et al, 2004). Tseng et al. (2014) realizaram um estudo com 1.794 adolescentes do ensino médio de Taiwan, em duas fases, a primeira triagem com EAT e BITE e a segunda com entrevista clínica com psiquiatras especializados, os dados obtidos demonstraram que 23,7% tiveram resultados positivos em algum dos testes e desses 8,2% tiveram resultados positivos para os dois questionários em conjunto, na segunda etapa 34,3% responderam positivamente aos critérios diagnósticos para um dos dois transtornos.

Diversos fatores são associados à presença de comportamentos alimentares anormais, que expõem indivíduos ao risco de desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa. Nesse trabalho, o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher foram aplicados para analisar as associações entre a presença dos sintomas sugestivos desses transtornos com as variáveis: faixa etária, sexo, classe sócio econômica, peso corporal e insatisfação com a imagem corporal, os resultados encontrados estão descritos na Tabela 6.

A variável faixa etária associou-se de maneira estatisticamente significativa ($p=0,046$) com os sintomas sugestivos de bulimia nervosa (Tabela 6). A frequência de padrão alimentar não usual foi maior no período final da adolescência (17 e 19 anos) do que no período intermediário. De acordo com o DSM-V é comum a bulimia nervosa se desenvolver no fim da adolescência e início da idade adulta, os transtornos alimentares, anorexia e bulimia nervosas, raramente iniciam-se antes da puberdade ou depois dos 40 anos (APA, 2014). Os sintomas sugestivos de anorexia nervosa também apresentaram-se mais frequentes no período final da adolescência, no entanto, não houve associação significativa entre essas variáveis. Esses resultados são similares aos encontrados por Cecon (2017), que em 2.123 adolescentes de Viçosa/MG, onde a triagem positiva para esses transtornos alimentares foi maior na fase final da adolescência (17 a 19 anos). Alves et al. (2008), Teixeira et al. (2015) e Baad et al. (2016) também observaram associação estatisticamente significativa entre idade e o risco para algum tipo de transtorno alimentar, principalmente anorexia e bulimia nervosa.

Tabela 6. Associação entre sintomas sugestivos de anorexia e bulimia nervosas com as variáveis: idade, sexo, classe socioeconômica, estado nutricional e insatisfação com imagem corporal, em adolescentes do ensino médio de escolas públicas de Imperatriz- MA, Brasil, 2017.

Variáveis	Sintomas Sugestivos de Anorexia Nervosa			Sintomas Sugestivos de Bulimia Nervosa			
	Negativo n (%)	Positivo n (%)	<i>p</i>	Padrão alimentar normal n (%)	Padrão alimentar não usual n (%)	Comportamento de compulsão alimentar n (%)	<i>p</i>
Faixa etária							
14 – 16 anos	121(36,89)	44(39,29)	*0,651	73(33,64)	76(38,97)	16(57,14)	*0,046
17 – 19 anos	207(63,11)	68(60,71)		144(66,36)	119(61,03)	12(42,8)	
Sexo							
Feminino	194(59,15)	83(74,11)	*0,005	118(54,38)	134(68,72)	25(89,29)	**<0,001
Masculino	134(40,85)	29(25,89)		99(45,62)	61(31,28)	3(10,71)	
Classe socioeconômica							
A/B	143(43,60)	56(50,00)	*0,397	94(43,32)	90(46,15)	15(53,57)	**0,746
C	162(49,39)	47(41,96)		108(49,77)	89(45,64)	12(42,86)	
D/E	23(7,01)	9(8,04)		15(6,91)	16(8,21)	1(3,57)	
Estado nutricional							
Sem excesso de peso	283(86,28)	88(78,57)	*0,053	191(88,02)	164(84,10)	16(57,4)	*<0,001
Com excesso de peso	45(13,72)	24(21,43)		26(11,98)	31(15,90)	12(42,86)	
Insatisfação com a imagem corporal							
Sem insatisfação	270(82,32)	48(42,86)	*<0,001	193(88,9)	122(62,56)	3(10,71)	**<0,001
Insatisfação leve	35(10,67)	31(27,68)	1	20(9,22)	38 (19,49)	8(28,57)	
Insatisfação moderada/ grave	23(7,01)	33(29,46)		4 (1,84)	35(17,95)	17(60,71)	
Total	328(100)	112(100)		217(100)	195(100)	28(100)	

n= frequência absoluta; % = frequência percentual dentro das classes de sintomas sugestivos dos transtornos alimentares; p= nível de significância para os testes *Qui-quadrado de Pearson e**Exato de Fisher

O fator sexo associou-se de significativamente com a presença dos comportamentos sugestivos de anorexia nervosa ($p=0,005$) e bulimia nervosa ($p<0,001$). Entre os adolescentes estudados verificou-se maior frequência dos sintomas no sexo feminino, distribuídos da seguinte forma: em 83 (74,11%) meninas detectaram-se sintomas sugestivos de anorexia nervosa, em 134 (68,72%) padrão alimentar não usual e 25(89,29%) possivelmente respondem aos critérios de bulimia nervosa conforme visualiza-se na Tabela 6. Este maior percentual de

casos entre o sexo feminino também é descrito no DSM -V (APA, 2014), e pode estar relacionado às pressões culturais e midiáticas, que são mais intensas sobre as meninas em relação à magreza, como ideal de beleza, considerando-a um pré-requisito para o sucesso pessoal. Corroboram com esses resultados os estudos de Fortes; Morgado e Ferreira (2013), de Cubrelati et al. (2014) e de Teixeira et al. (2015), que encontraram associação significativa entre o risco para anorexia e bulimia nervosas e o sexo, com maior frequência de resultados positivos no sexo feminino. O estudo de Prado et al. (2015) em Recife-PE, identificou que mulheres (32,5%) apresentaram maior prevalência de sintomas de transtornos alimentares quando comparadas com homens (18,4%), mas que especificamente para bulimia nervosa, tanto as mulheres (26,1%) quanto os homens (21,6%) demonstraram elevado risco para o desenvolvimento da doença. Em um estudo com 1.167 adolescentes de escolas técnicas de São Paulo/SP, a prevalência de comportamentos de risco para esses transtornos alimentares em meninas foi de 72,5%, enquanto nos meninos foi de apenas 27,5%, apresentando diferença significativa ($p < 0,001$) (LEAL, 2013). Por conseguinte, os resultados demonstram que se deve dispensar atenção especial às meninas, porém uma avaliação entre o sexo masculino deve ser realizada, visto que eles também apresentam comportamentos de risco para o desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosas.

A classe socioeconômica não se associou à presença de comportamentos de risco para anorexia nervosa ($p = 0,397$) e bulimia nervosa ($p = 0,746$) na amostra estudada. Observou-se que os sintomas desses transtornos alimentares estão distribuídos em todas as classes (A/B, C e D/E), porém os adolescentes classificados na classe econômica A/B apresentaram-se mais propensos aos comportamentos de risco quando comparado aos demais; nessa classe, 56 (50%) adolescentes apresentam EAT positivo, 90 (46,15%) estão com padrão alimentar não usual e 15 (53,57%) já exibem comportamento alimentar compulsivo. Para Dunker, Fernandes e Carreira Filho (2009), há apresentação maior de casos de anorexia e bulimia nervosas nas classes média e alta, mas os resultados de estudos ainda são controversos. No trabalho de Carvalho (2008), em São Luís/MA, também não houve associação significativa entre os sintomas sugestivos de anorexia e bulimia nervosas e a variável renda, embora achados demonstraram frequência maior de adolescentes com esses sintomas nas classes médias e alta. No entanto, Fortes, Morgado e Ferreira (2013) encontraram associação significativa entre os comportamentos de risco para esses transtornos e nível econômico ($p < 0,05$), com maior frequência no nível econômico "B". O estudo de Fortes et al. (2014), com acompanhamento de adolescentes por um período de um ano, destacou a associação significativa entre os escores do EAT e as classes econômicas do CCEB nos três momentos da investigação. Dessa forma,

verifica-se que os sintomas sugestivos dos transtornos alimentares estudados acometem as diferentes classes sociais sem distinção.

Para analisar a associação com os comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas, o estado nutricional dos adolescentes foi dicotomizado nas seguintes categorias: sem excesso de peso e com excesso de peso, sendo essa última considerada uma situação nutricional desfavorável à saúde dos adolescentes. Essa variável apresentou associação significativa com sintomas sugestivos de bulimia nervosa ($p < 0,001$). Com relação aos sintomas de anorexia nervosa, embora estatisticamente haja indicação de rejeição da associação entre as variáveis para nível de significância igual ou superior a 0,05, a proximidade do valor estimado ($p = 0,053$), induz a uma avaliação mais detalhada das variáveis em estudo.

É importante destacar que o peso corporal é uma questão central nesses dois transtornos alimentares, sendo a excessiva preocupação com o peso e o intenso medo de engordar, sintomas comuns a anorexia e bulimia nervosas (APA, 2014). Dessa forma, os adolescentes que apresentam excesso de peso podem estar utilizando práticas alimentares inadequadas para perda e/ou controle de peso, expondo-se ao desenvolvimento desses transtornos alimentares.

Cecon (2017) aponta associação significativa entre o estado nutricional e presença de sintomas de transtornos alimentares ($p < 0,001$). Em seu estudo com adolescentes com presença de excesso de peso, 38% apresentavam resultados positivos para comportamentos sugestivos de anorexia e bulimia nervosas. Fortes, Amaral e Ferreira (2013) encontraram associação entre sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional ($p = 0,01$), apontando que adolescentes com excesso de peso demonstraram maior frequência de restrição alimentar e comportamentos purgativos quando comparadas com os de peso adequado e baixo peso. Leal (2013), no estado de São Paulo, também observou associação significativa ($p < 0,001$) entre essas variáveis, relatando que entre os 1.167 estudantes do ensino médio avaliados, 12,2% apresentaram comportamentos de risco para transtornos alimentares, e entre esses 47% estavam com excesso de peso. Portanto, os estudos que associam o estado nutricional à presença de sintomas de transtornos alimentares, sugerem que peso corporal fora dos padrões de normalidade podem apresentar relação positiva com a presença de sintomas de anorexia e bulimia nervosas, Fortes et al. (2016a) apontaram relação entre o IMC e os comportamentos de risco para os transtornos alimentares, sugerindo que IMC elevado gera insatisfação do adolescente com o seu corpo, e esta, por sua vez, é considerada o principal agente desencadeador dos comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas. Por conseguinte, a presença de excesso de peso em adolescentes tende a contribuir para a alteração da percepção da imagem corporal.

Entre os 440 estudantes do ensino médio de Imperatriz/MA detectou-se algum grau de insatisfação com a imagem corporal em 122 (27,73%) adolescentes, conforme Tabela 2. As associações entre essa variável e a presença dos sintomas sugestivos de anorexia e de bulimia nervosas foram significativas $p < 0,001$ (Tabela 6). Entre os adolescentes com presença de sintomas de anorexia nervosa, 31 (27,68%) apresentaram insatisfação leve e 33 (29,46%) insatisfação moderada/grave. Com relação aos sintomas bulímicos, entre os estudantes com padrão alimentar não usual, 38 (19,49%) declararam insatisfação leve e 35 (17,95%) insatisfação moderada/grave; já nos adolescentes com comportamento alimentar compulsivo, 8 (28,57%) estão com insatisfação leve e 17 (60,71%) com insatisfação moderada/grave. A preocupação exagerada com o peso e com a imagem corporal induz aos jovens a tentativa de chegarem a um corpo idealizado por métodos impróprios, optando por práticas alimentares restritivas e prejudiciais à saúde. Cubrelati et al. (2014) e Ludewing et al. (2017) demonstraram associação significativa entre a presença de comportamentos de risco para anorexia nervosa e a insatisfação com a imagem corporal ($p < 0,001$). Zordão et al. (2015) verificaram associação da imagem corporal com transtornos alimentares ($p < 0,001$) em adolescentes de Minas Gerais, e observaram que 28,4% dos adolescentes com distorção da imagem corporal também estavam suscetíveis ao desenvolvimento de distúrbios da conduta alimentar.

5 CONCLUSÕES

Detectou-se presença considerável de sintomas sugestivos de anorexia e bulimia nervosas entre os estudantes do ensino médio no município de Imperatriz/MA, bem como associação significativa entre esses sintomas e as variáveis sexo, imagem corporal e estado nutricional, o que permite inferir que tais variáveis são possíveis fatores de risco para o desenvolvimento desses transtornos alimentares. Além dessas variáveis, a faixa etária mostrou-se associada aos sintomas bulímicos. Esse estudo demonstrou que a população jovem de Imperatriz/MA segue a mesma tendência de outras regiões brasileiras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar que esse é o primeiro estudo que identificou presença de comportamentos de risco para o desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosas em estudantes do ensino médio da cidade de Imperatriz/MA. A presente pesquisa pode estimular o

planejamento de ações relacionadas à promoção de saúde, que fomentem conhecimento sobre os transtornos alimentares e viabilizem o bem-estar físico, psíquico e social do adolescente.

A utilização de escalas autoaplicáveis, que avaliam comportamentos de risco para transtornos alimentares, podem mascarar a realidade do desfecho, contudo em estudos com amostras significativas, esses instrumentos são considerados “padrão-ouro”. Sugere-se realização de novos estudos qualitativos e de caráter longitudinal, para compreensão dos fatores intrínsecos relacionados aos comportamentos de risco para anorexia e bulimia nervosas. Essa população pode estar exposta a outras situações estressoras e predisponentes ao aparecimento de transtornos da alimentação como: presença de fatores psicológicos (baixa autoestima, humor negativo, perfeccionismo, entre outros), interferência da mídia sobre mudanças nos padrões alimentares e supervalorização da imagem corporal.

REFERÊNCIAS

ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2008. Disponível em: www.abep.org. Acessado em: 17 de julho de 2015.

_____, **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/ok/Downloads/01_cceb_2015.pdf Acessado em: 05 de janeiro de 2018.

ALVES, Emilaura et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol 24, nº 3, p. 503-512, 2008. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300004&script=sci_arttext&tlng. Acessado em: 16 de julho de 2015.

ALVES, Thaisy Cristina Honorato Santos. **Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador-BA**. 2010. 147f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Escola de Nutrição. Salvador. 2010.

ALVES, Thaisy Cristina Honorato Santos et al. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. **J Bras Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n 2, p. 55-63, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000200001&script=sci_arttext&tlng=es. Acessado em: 05 de abril de 2018.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno -DSM-V**, Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução de: *Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINES.- Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. **Am J Psychiatry**, v. 157, n 1 suppl., 2000

APPOLINÁRIO, José.Carlos; CLAUDINO, Angélica M.; Transtornos Alimentares, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22(Supl. II):28-31, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3793.pdf>. Acessado em 16 de julho de 2015.

BAAD, Vanessa Mayana Alves et al. Risk Behaviors for the Development of Eating Disorders associated to Body Image and Nutritional Status of Adolescents in a Public School. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 42-48, out/dez 2016. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp. Acessado em: 13 de março de 2018.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Florianópolis: Editora UFSC, 2002.

BERNARDES, Tassiana. **Adolescência, mídia e transtornos alimentares: uma revisão bibliográfica**. 2010. 34f. Monografia (Bacharel em Enfermagem). Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana. 2010.

BITTENCOURT, Liliane de Jesus et al. Risco para transtornos alimentares em escolares de Salvador, Bahia, e a dimensão raça/cor. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n 5, p. 497-508,

2013. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/doi/14155273/2013/00000026/00000005/art00001>. Acessado em: 14 de abril de 2018.

BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. Transtornos Alimentares - Quadro Clínico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n 3, p. 340-8, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/389>. Acessado em 14 de abril de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curvas de Crescimento OMS 2006-2007**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento Acesso em: 22 de julho de 2015.

BRASIL, Anne Lise Dias; MORAES, Denise Ely Belloto de. **Distúrbios do Apetite**. In: PALMA, Domingos; ESCRIVÃO, Maria Arlete Meil Schimith; OLIVEIRA, Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira. *Nutrição Clínica na infância e na adolescência*. Barueri, SP: Manole, 2010.

CAMPOS, José Gustavo Sousa Carneiro e HAACK, Adriana. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. **Com. Ciências Saúde**, v. 23, n 3, p. 253-262, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n3_a7_anorexia_bulimia_aspectos.pdf. Acessado em 06 de abril de 2018.

CARDOSO, Milena Gonçalves Lima. **Comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes e adultos portadores de diabetes tipo 1**. 2009. 120f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2009.

CARVALHO, Paula Virgínia Lisbôa Chaves de. **Anorexia e Bulimia em adolescentes**. 2008. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Federal do Maranhão. São Luís. 2008

CECON, Roberta Stofeles. **Indicadores cardiometabólicos, densidade mineral óssea e percepção da imagem corporal de adolescentes de 10 a 19 anos, com e sem triagem positiva para Transtornos Alimentares, do município de Viçosa, MG**. 2017. 125f. Tese (Doutorado em Ciências da Nutrição). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2017.

CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 31 n° 4 p. 154-157, 2004. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/154.html> Acesso em: 17 de julho de 2015.

CORDÁS, Táki Athanássios; KACHANI, Adriana Trejger. **Nutrição em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

COSTA, Marcelle Barrueco; MELNIK, Tamara. Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane. **Einstein**, v. 14, n 2, p. 235-77, 2016. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3120-235-277_port.pdf. Acessado em: 05 de abril de 2018.

CUBRELATI, Bianca Sisti et al. Relação entre distorção de imagem corporal e risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes. **Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 1-15. 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view>. Acessado em: 06 de abril de 2016

DAVIM, Rejane Marie Barbosa *et al.* Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009. Disponível em: www.revistarene.ufc.br. Acesso em: 17 de fevereiro de 2016.

DI PIETRO, Monica C; LOBÃO, Bruno F. Transtornos alimentares em homens. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Org.). **Guia transtornos alimentares e obesidade**. Barueri- SP: Manole, 2005. p.71 – 77.

DUNKER, Karin Louise Lenz; FERNANDES, Cássia Peres Bonar; CARREIRA, Daniel Carreira. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes **J Bras Psiquiatria**, v. 58, n 3, p.156-161, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/03.pdf>. Acessado em: 12 de abril de 2018

DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição Campinas**, v. 16, n.1, p.51-60, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a05v16n1.pdf>. Acessado em: 17 de abril de 2018

FERREIRA, Julia Elba de Souza; VEIGA, Gloria Valeria da. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. **Appetite**, v. 51 p. 249–255, 2008

FONSECA, Jairo Simon da; MARTINS, Gilberto de Andrade. **Curso de Estatística**. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

FORTES, Leonardo de Sousa et al. Etiological model of disordered eating behaviors in Brazilian adolescent girls. **Cadernos de Saúde Pública**, 2016a. Disponível em: <http://europepmc.org/abstract/med/27167040>. Acessado em: 05 de abril de 2018.

_____. Qualidades Psicométricas do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) para Adolescentes Brasileiros do Sexo Masculino. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 32 n. 3, pp. 1-7, 2016b. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/25802>. Acessado em: 05 de abril de 2018.

_____. Comparação do comportamento de risco para transtornos alimentares entre adolescentes atletas e não atletas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n 4, 2015. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/doi/00472085/2015/00000064/00000004/art00006>. Acessado em: 05 de abril de 2018.

_____. Comportamento alimentar inadequado: uma investigação longitudinal com adolescentes do sexo feminino. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n 1, p. 85-91, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4060/406034049014.pdf>. Acessado em: 05 de abril de 2018.

FORTES, Leonardo de Sousa; AMARAL, Ana Carolina Soares; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. Comportamento Alimentar Inadequado em Adolescentes de Juiz de Fora. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 403-410, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/5137/513751532008/>. Acessado em: 20 de julho de 2015.

FORTES, Leonardo de Sousa; MORGADO, Fabiane Frota da Rocha; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. Fatores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. **Revista De Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 40, no.2, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832013000200002&lang. Acessado em: 07 de abril de 2017.

GUIMARÃES, Aline Dias et al. Transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal em bailarinos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n 4, 2014. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content>. Acessado em: 13 de abril de 2018.

IEPSEN, Alice Meyer; SILVA, Marcelo Cozzensa da. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do Ensino Médio da zona rural da região sul do Rio Grande do Sul, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, nº 2, p. 317-325, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2014.v23n2/317-325/>. Acessado em: 15 de abril de 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INEP. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo Escolar 2016**. Disponível em: <http://inep.gov.br/censo-escolar> Acesso em: 5 de setembro de 2017.

IZYDORCZYK, Bernadetta e SITNIK-WARCHULSKA, Katarzyna. Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages. **Front. Psychol**, v. 9, p. 429, 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00429/full>. Acessado em: 05 de abril de 2018.

KESKI-RAHKONEN A, MUSTELIN L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. **Curr Opin Psychiatry**, v. 29, p. 340-345, 2016. Disponível em: https://journals.lww.com/copsychiatry/Abstract/2016/11000/Epidemiology_of_eating_disorders_in_Europe_.5.aspx. Acessado em: 13 de abril de 2018.

KOLAR, David R. et al. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. **Curr Opin Psychiatry**, v. 29, p. 363–371, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27584709>. Acessado em 12 de abril de 2018.

LATTERZA, Andréa Romero Latterza; DUNKER, Karin Louise Lenz; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; KEMEN, Elisa. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 31, n 4, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400009&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 de outubro de 2018.

LEAL, Greisse Vieiro da Silva. **Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares na cidade de São Paulo**. 2013. 202f. Tese (Doutorado em Nutrição em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

LEAL, Greisse Vieiro da Silva et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n 1, p. 62-75. 2013. Disponível em: [http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/62/01/009_JBP_62\(1\).pdf](http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/62/01/009_JBP_62(1).pdf). Acesso em: 21 de fevereiro 2016.

LIMA, Nádia Laguárdia de; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa; ROSA, José Francisco Vilela. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Estudos de Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n 2, p. 360-378. 2012. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v12n2/artigos/pdf/v12n2a03.pdf>. Acesso em: 16 de julho de 2015.

LUDEWING, Agnes Margarete et al. Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 61, n 1, p. 35-39, 2017. Disponível em: http://www.amrigs.org.br/revista/61-01/07_1709_Revista%20AMRIGS.pdf. Acessado em: 13 de março de 2018.

MARTINS, Cilene Rebolho; PETROSKI, Edio Luiz. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v. 11, n. 2, p. 94-106, 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1646-107X2015000200010&script=sci_arttext&tlng=en. Acessado em: 12 de fevereiro de 2018.

MARTINS, Fernando dos Santos et al. Prevalência de sintomas para transtornos alimentares, sobrepeso e obesidade em escolares do município de Bom Jesus-RS. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.11, n.61, p.31-38, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5817541>. Acessado em: 10 de abril de 2018.

MIRANDA, Valter Paulo Neves et al. Imagem corporal de adolescentes de cidades rurais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n 6, p.1791-1801, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n6/1791-1801>. Acessado em: 08 de agosto de 2015.

MIZON, Joanne Coelho. **Fatores de risco para o desenvolvimento de Transtornos alimentares entre adolescentes de uma escola pública de Campo Grande/MS**. 2010. 92f. Dissertação (Mestrado de Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2010.

MORAES, Jéssica Maria Muniz et al. Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares entre estudantes de nutrição. **Revista Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 17, n 2, p. 106-111, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/6084/3670>. Acessado em: 10 de abril de 2018.

MORGAN, Christina Marcondes; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Epidemiologia e etiologia. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Org.). **Guia transtornos alimentares e obesidade**. Barueri- SP: Manole, 2005. p.111 -118.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva; AQUINO, Rita de Cássia; LEAL, Greisse Viero da Silva. Necessidades e Recomendações Nutricionais. In: PALMA, Domingos; ESCRIVÃO, Maria Arlete Meil Schimith; OLIVEIRA, Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira. **Nutrição Clínica na infância e na adolescência**. Barueri, SP: Manole, 2010.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n 4, p. 58-160, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000400004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 13 de junho de 2015.

POWER, Yuri et al. Low Socioeconomic Status Predicts Abnormal Eating Attitudes in Latin American Female Adolescents. **Eating Disorders**, v. 16, n 2, p. 136-145, 2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10640260801887261?scroll=top&needAccess> . Acessado em: 10 de abril de 2018.

PRADO, Mara Cristina Lofrano et al. Eating disorders and body image dissatisfaction among college students. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 14, núm. 3, pp. 355-362, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/929/92943569001>. Acessado em: 13 de junho de 2015.

SAPOZNIK, Alessandra; BUENO, Mariana Oliveira; LOBÃO, Bruno F. Tratamento-Aspectos Gerais. In: CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa (Org.). **Guia transtornos alimentares e obesidade**. Barueri- SP: Manole, 2005. p.111 -118

SCHOMER, Ester Zatyрко; KACHANI, Adriana Treijger. Imagem Corporal. In: CORDÁS, Táki Athanássios; KACHANI, Adriana Treijger. **Nutrição em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 107-117.

SILVA, Tatiana Araújo Bertulino da et al. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 61, n.3, pp.154-158, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: 04 de novembro de 2015.

SOUZA, José Carlos de et al. Fatores preditivos de transtornos alimentares entre estudantes do Ensino Médio. **Psicólogo inFormação**. São Paulo, v. 15, n. 15, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100003. Acessado em: 05 de novembro de 2015

SPEAR, B. **Nutrição na adolescência**. In: MAHAN, Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca, 2005. Cap.11, p.270-87.

TEIXEIRA, Carla Somaio et al. Transtornos Alimentares em Adolescentes de uma escola estadual do noroeste paulista. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São José do Rio Preto, SP, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 84-87, jul. 2015. ISSN 2318-3691. Disponível em:

<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

TSENG, Mei-Chih Meg et al. Comparative validity of the chinese versions of the bulimic inventory test edinburgh and eating attitudes test for DSM-IV eating disorders among high school dance and nondance students in Taiwan. **International Journal of Eating Disorders**, v. 47, n 1, p. 105–111, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24014499>. Acessado em: 10 de abril de 2018

VALE, Antônio Maia Olsen et al. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n 1, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100016. Acessado em: 04 de novembro de 2015.

VILELA, João et al. Transtornos alimentares em escolares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n 1, p. 49-54, Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a10.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development**. Geneva: WHO; 2005.

ZORDÃO, Olivia Pizetta et al. Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais (Brasil). **Nutrición Clínica, Dietética Hospitalaria**, v. 35, n 2, p. 48-56, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/401166>. Acessado em: 06 de abril de 2016.

APÊNDICE A**TERMO DE ACEITE DE PESQUISA**

O (A) _____ está de acordo com a execução do projeto “TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MA, sob a responsabilidade da pesquisadora Marluce Alves Coutinho, da Universidade Federal do Tocantins, e orientado pela Prof^a Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Imperatriz, ____ de _____ de _____

Nome do Diretor da escola

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO DO MENOR

Você está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa “TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MA”, da Universidade Federal do Tocantins, sob a responsabilidade da pesquisadora Marluce Alves Coutinho (CPF 736.603.882-20) e orientado pela Prof^a Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral. O objetivo desse estudo é identificar a presença de comportamentos de riscos para Transtornos Alimentares em adolescentes estudantes do ensino médio no município de Imperatriz-MA. Participando dessa pesquisa você estará contribuindo para a elaboração de possíveis ações e políticas públicas de enfrentamento dos sintomas de transtornos alimentares em adolescentes, bem como para melhoria da qualidade de vida sua e de muitos indivíduos.

Caso você aceite participar, os procedimentos de coleta de dados serão em apenas dois encontros com os pesquisadores no período de 09/2017 a 10/2017, da seguinte forma: aplicação de questionários de autopreenchimento após explicação do mesmo pelo pesquisador, na sua escola em horário de aula, mas em local isolado e de forma individual; fará também uma avaliação do seu peso e altura também no horário de aula, em local próprio, quando deverá ficar descalços, vestindo os uniformes escolares e com os bolsos vazios.

No momento da coleta de dados você poderá sentir alguns desconfortos físicos e psicológicos como: cansaço para responder as questões, lembranças de episódios da vida e alteração do estado de humor. Mas a qualquer momento que desejar, poderá sair da pesquisa, sem que isso lhe gere qualquer constrangimento ou perda de benefícios. Informamos que, caso seja necessário algum tipo de apoio emocional você será levado (a) para o serviço especializado, Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSIJ) que conta com equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, assistente social, outros). Se os sintomas forem característicos de urgência você será conduzido até a Unidade de Pronto Atendimento de Imperatriz (UPA) que é referência para tal atendimento no município. Caso seja identificado em você algum comportamento de risco para TA, você será encaminhado (a), também ao CAPSIJ para avaliação, sendo o contato com esse serviço de responsabilidade da pesquisadora, que também irá acompanhá-lo, no dia e hora marcados previamente até o CAPSIJ, caso esteja de acordo.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A sua participação é voluntária. Reiteramos que se desistir de continuar participando, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e o que não irá acarretar qualquer penalidade, perda de benefícios ou prejuízo a sua pessoa.

A pesquisadora irá tratar sua identidade com total sigilo. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão, sendo manuseado apenas pela pesquisadora. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A sua privacidade e a proteção da sua imagem serão respeitadas em todas as etapas da pesquisa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração quanto a sua participação nessa pesquisa. Porém em caso de eventuais danos devido a sua participação na pesquisa será indenizado, e possíveis gastos, que possam surgir serão ressarcidos.

Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador no seguinte contato cel: 99 – 98141-1723. Havendo ainda necessidade de alguma dúvida com relação aos aspectos éticos e seus direitos como participante, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT, Quadra 109 Norte, Avenida NS 15, ALCNO 14,

Plano diretor Norte, Campus Universitário de Palmas, Prédio do Almojarifado. CEP 77001-090. Palmas -TO. Telefone (63) 3232-8023. E-mail cep_uft@uft.edu.br. De segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados).

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, entendi a explicação e esclareci minhas dúvidas. Por isso, eu aceito participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação. Sei também que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e me retirar do estudo. A pesquisadora responsável certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Eu, _____, portador do RG: nº _____ e CPF: nº _____ Residente a _____, de _____, de claro estar ciente do objeto do trabalho e aceito participar desse estudo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Marluce Alves Coutinho
Pesquisador Responsável
Mestranda em Ciências da Saúde

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos

o

menor

_____ sob sua tutela a participar da Pesquisa “TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MA”, da Universidade Federal do Tocantins, sob a responsabilidade da pesquisadora Marluce Alves Coutinho (CPF 736.603.882-20) e orientado pela Profª Drª Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral. As aplicações dos instrumentos para coleta das informações serão realizadas pela pesquisadora responsável.

O motivo que nos leva a estudar os transtornos alimentares, é sua alta prevalência em adolescentes o que acarreta sérios danos à saúde destes, a pesquisa se justifica, pois, embora haja diversos estudos referentes à identificação de fatores e comportamentos que predisõem os adolescentes aos TA, percebe-se uma carência quanto aos dados referentes ao município de Imperatriz-MA. O objetivo dessa pesquisa é identificar a presença de comportamentos de riscos para Transtornos Alimentares em adolescentes estudantes do ensino médio no município de Imperatriz-MA.

Os procedimentos de coleta de dados serão em apenas dois encontros do menor com os pesquisadores no período de 09/2017 a 10/2017, da seguinte forma: aplicação de questionários de autopreenchimento após explicação do mesmo pelo pesquisador, na escola em horário de aula, mas em local isolado e de forma individual; o menor fará também uma avaliação do seu peso e altura, em local próprio, quando deverá ficar descalços, vestindo os uniformes escolares e com os bolsos vazios.

Ao participar da pesquisa, o/a menor poderá sentir alguns desconfortos físicos e psicológicos como: cansaço para responder as questões, lembranças de episódios da vida e alteração do estado de humor. Mas a qualquer momento que ele ou o responsável desejar o mesmo poderá sair da pesquisa, sem que isso gere qualquer constrangimento ou perda de benefícios. Informamos que, caso seja necessário algum tipo de apoio emocional o menor sob sua responsabilidade será levado (a) para o serviço especializado, Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSIJ) que conta com equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, assistente social, outros). Se os sintomas forem característicos de urgência ele será conduzido até a Unidade de Pronto Atendimento de Imperatriz (UPA) que é referência para tal atendimento no município. Caso seja identificado no menor sob sua responsabilidade algum comportamento de risco para TA, você será comunicado e faremos o encaminhamento ao CAPSIJ para avaliação, sendo o contato com esse serviço de responsabilidade da pesquisadora, que também irá acompanhá-los, no dia e hora marcados previamente até o CAPSIJ, caso esteja de acordo.

O senhor (a) e/ou o menor serão esclarecidos (as) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejarem. A participação do menor é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se depois que o Sr (a) consentir a participação do menor, entretanto o menor não quiser participar, informamos que ele não será envolvido na pesquisa. Reiteramos que se o Sr (a) e/ou o menor desistirem de continuar participando, terão o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa ou ao menor.

A pesquisadora irá tratar a identidade do (a) menor sob sua tutela com total sigilo. O nome ou o material que indique participação dele (a) não será liberado sem a sua permissão sendo manuseado apenas pela pesquisadora. O menor (a) ou o Sr (a) não serão identificados (as) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A privacidade e a proteção da imagem do (a) menor, bem como a sua, serão respeitadas em todas as etapas da pesquisa.

O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração quanto a participação do (a) menor nessa pesquisa. Porém em caso de eventuais prejuízos ao (a) menor

devido sua participação na pesquisa o (a) mesmo será indenizado, e caso ocorra algum gasto estes serão ressarcidos. Informamos, ainda, que o menor sob sua tutela receberá um termo de Assentimento, não eximindo o Sr (a) da assinatura deste termo.

Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os dados do menor sob sua responsabilidade, bem como esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no seguinte email: marlucecoutinho@hotmail.co, e cel: 99 – 98141-1723. Havendo ainda necessidade de alguma dúvida com relação aos aspectos éticos e os direitos do menor sob sua responsabilidade como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT, Quadra 109 Norte, Avenida NS 15, ALCNO 14, Plano diretor Norte, Campus Universitário de Palmas, Prédio do Almoxarifado. CEP 77001-090. Palmas -TO. Telefone (63) 3232-8023. E-mail cep_uft@uft.edu.br. De segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados).

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, entendi a explicação e esclareci minhas dúvidas. Por isso, eu concordo em autorizar o menor _____ a participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha autorização da participação do menor neste estudo. Sei também que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e retirar minha autorização. A pesquisadora responsável certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Eu, _____, portador do RG: n° _____ e CPF: n° _____ Residente na _____, autorizo a pesquisadora a trabalhar com o menor sob minha tutela, e declaro estar ciente do objeto do trabalho, concordando com o mesmo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Marluce Alves Coutinho
Pesquisador Responsável
Mestranda em Ciências da Saúde

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da Pesquisa “TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MA”, da Universidade Federal do Tocantins, sob a responsabilidade da pesquisadora Marluce Alves Coutinho (CPF 736.603.882-20) e orientado pela Prof^a Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral. As aplicações dos instrumentos para coleta das informações serão realizadas pela pesquisadora responsável. O motivo que nos leva a estudar os transtornos alimentares, é sua alta prevalência em adolescentes o que acarreta sérios danos à saúde, a pesquisa se justifica, pois, embora haja diversos estudos referentes à identificação de fatores e comportamentos que predispõem os adolescentes aos TA, percebe-se uma carência quanto aos dados referentes ao município de Imperatriz-MA. O objetivo desse estudo é identificar a presença de comportamentos de riscos para Transtornos Alimentares em adolescentes estudantes do ensino médio no município de Imperatriz-MA

Os procedimentos de coleta de dados serão em apenas dois encontros com os pesquisadores no período de 09/2017 a 10/2017, da seguinte forma: aplicação de questionários de autopreenchimento após explicação do mesmo pelo pesquisador, na escola em horário de aula, mas em local isolado e de forma individual; fará também uma avaliação do seu peso e sua altura que será realizada em um segundo momento, também no horário de aula, em local próprio, quando deverá ficar descalços, vestindo os uniformes escolares e com os bolsos vazios. Se você aceitar participar da pesquisa, estará contribuindo para a elaboração de possíveis ações e políticas públicas de enfrentamento dos sintomas de transtornos alimentares em adolescentes, bem como para melhoria da qualidade de vida sua e de muitos indivíduos.

Ao participar da pesquisa você poderá sentir alguns desconfortos físicos e psicológicos como: cansaço para responder as questões, lembranças de episódios da vida e alteração do estado de humor. Mas a qualquer momento que desejar, poderá sair da pesquisa, sem que isso lhe gere qualquer constrangimento ou perda de benefícios. Informamos que, caso seja necessário algum tipo de apoio emocional você será encaminhado (a) para o serviço especializado, Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSIJ) que conta com equipe multiprofissional (psicólogo, psiquiatra, assistente social, outros). Se os sintomas forem característicos de urgência você será levado até a Unidade de Pronto Atendimento de Imperatriz (UPA) que é referência para tal atendimento no município. E caso seja identificado algum comportamento de risco para TA você será encaminhado (a), também ao CAPSIJ para avaliação, sendo o contato com esse serviço de responsabilidade da pesquisadora, que também irá acompanhá-lo, no dia e hora marcados previamente até o CAPSIJ

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A sua participação é voluntária. Reiteramos que se desistir de continuar participando, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e o que não irá acarretar qualquer penalidade, perda de benefícios ou prejuízo a sua pessoa.

A pesquisadora irá tratar sua identidade com total sigilo. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão, sendo manuseado apenas pela pesquisadora. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A sua privacidade e a proteção da sua imagem serão respeitadas em todas as etapas da pesquisa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração quanto a sua participação nessa pesquisa. Porém em caso de eventuais danos devido a sua participação na pesquisa será indenizado, e possíveis gastos, que possam surgir serão ressarcidos.

Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, você poderá entrar em contato no seguinte contato cel: (99)98141-1723. Havendo ainda necessidade de alguma dúvida com relação aos aspectos éticos e seus direitos como participante, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT, Quadra 109 Norte, Avenida NS 15, ALCNO 14, Plano diretor Norte, Campus Universitário de Palmas, Prédio do Almoxarifado. CEP 77001-090. Palmas-TO. Telefone (63) 3232-8023. E-mail cep_uft@uft.edu.br. De segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados).

Eu, _____, fui informado sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, entendi a explicação e esclareci minhas dúvidas. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação. Sei também que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e me retirar do estudo. A pesquisadora responsável certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Eu, _____,
_____, portador do RG: _____ e CPF: _____
Residente _____ em

_____, declaro estar ciente do objeto do trabalho e aceito participar desse estudo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Marluce Alves Coutinho
Pesquisador Responsável
Mestranda em Ciências da Saúde

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E ANTROPOMÉTRICO

Nome:

Endereço:

Telefone

p/

Contato:

Idade: _____ anos

Data de Nascimento: ____/____/____

Escola

na

qual

estuda:

Serie: _____ Sexo: _____

Peso atual (kg): _____

Altura (m): _____

IMC (kg/m²): _____

POSSE DE ITENS

	Marque um "X" na Quantidade de Itens na sua casa:				
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

MARQUE UM "X" NO GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA

Analfabeto / Primário incompleto (Analfabeto / Até 3ª Série Fundamental)	
Primário completo / Ginásial incompleto (Até 4ª Série Fundamental)	
Ginásial completo / Colegial incompleto (Fundamental completo)	
Colegial completo / Superior incompleto (Médio completo)	
Superior completo	

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DE 12 A 19 ANOS DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ - MA. **Pesquisador:** Marluce Alves Coutinho **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 58893316.7.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

1.695.787

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, descritivo e quantitativo que será realizada em escolas na cidade de Imperatriz – MA.

Serão locais do estudo somente as escolas da zona urbana que apresentarem turmas do 6º ao 3º ano do ensino médio, pois apresentam adolescentes na faixa etária estudada, excluindo as escolas de educação especial. Sendo encontradas a partir dos dados do INEP – Censo escolar 2014, no município um total de 106 escolas com as características exigidas.

A população a ser estudada será adolescente do sexo feminino e masculino, com idade entre 12 e 19 anos.

Será realizada a aplicação de testes na forma de questionários de autopreenchimento no ambiente escolar durante o período de aula, contudo em local isolado de forma individual e acompanhados dos pesquisadores. Também será realizada a avaliação antropométrica (peso e altura) em ambiente isolado e em um segundo momento, para evitar que influencie nos resultados dos testes.

Para identificar a presença de comportamentos riscos para Anorexia e Bulimia, bem como

informações com relação ao comportamento alimentar serão aplicados o Teste de Atitudes Alimentares Resumido (EAT-26) e o Teste de Investigação Bulímica (BITE) ambos nas versões traduzidas e validadas para o Brasil

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Identificar a presença e a gravidade de comportamentos de riscos para Transtornos Alimentares em adolescentes com faixa etária entre 12 e 19 anos município de Imperatriz-MA.

Objetivos Específicos:

- Verificar sintomas específicos de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa entre os adolescentes;
- Identificar satisfação dos adolescentes com relação a imagem corporal e verificar o diagnóstico do estado nutricional dos mesmos;
- Conhecer o perfil socioeconômico dos adolescentes e correlacionar à presença de comportamentos de riscos para TA;
- Reconhecer características comportamentais e psicológicas relacionadas aos TA nos adolescentes estudados;
- Avaliar a associação entre os resultados de comportamentos de riscos para transtornos alimentares às atitudes com relação à imagem corporal e o diagnóstico do estado nutricional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

No momento do preenchimento dos questionários de auto avaliação com relação aos comportamentos alimentares de risco para TA e as atitudes com relação à imagem corporal pode gerar desconforto emocional aos participantes: como cansaço mental para responder as questões, lembranças de episódios da vida e identificação do estado de humor, podendo interromper o preenchimento e recomeçar em outro momento.

Benefícios

Os participantes da pesquisa estarão contribuindo para a elaboração de possíveis ações educativas de prevenção e controle dessas patologias, bem como políticas públicas de enfrentamento dos sintomas de transtornos alimentares. Os indivíduos identificados com comportamentos de riscos para TA serão encaminhados a um serviço especializado no município, o Centro de Atenção

Psicossocial Infante Juvenil (CAPSIJ) que conta com uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho está bem escrito, com citações atuais e pertinentes ao tema adotados.

As pesquisadoras tem formação específica para realizar o presente trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram entregues e estão corretos.

Os TCLE e termo de Assentimento estão escrito de forma clara e simples, de fácil entendimento, e contendo todos os detalhes obrigatórios.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_666695.pdf	14/08/2016 19:51:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoCEP.docx	14/08/2016 19:50:39	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Outros	INSTRUMENTOSDECOLETADE DADOS.docx	14/08/2016 19:49:11	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	14/08/2016 19:47:41	Marluce Alves Coutinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	14/08/2016 19:47:08	Marluce Alves Coutinho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERESPONSABLEIS.pdf	14/08/2016 19:46:28	Marluce Alves Coutinho	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	14/08/2016	Marluce Alves	Aceito

Página 03 de

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19:45:44	Coutinho	Aceito
--	----------	----------	----------	--------

Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciadapesquisapelosorgaosresonsaveis2.pdf	03/04/2016 20:02:59	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodefaseinicialdapesquisa.pdf	03/04/2016 20:01:32	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Orçamento	orcamentofinanceiro.pdf	03/04/2016 20:00:08	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Outros	cartadeapresentacaoaocep.pdf	26/02/2016 10:06:01	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicaocoparticipante.pdf	26/02/2016 10:03:33	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoorientador.pdf	26/02/2016 10:01:35	Marluce Alves Coutinho	Aceito
Folha de Rosto	folhadeRostoassinada.pdf	26/02/2016 09:54:27	Marluce Alves Coutinho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 22 de Agosto de 2016

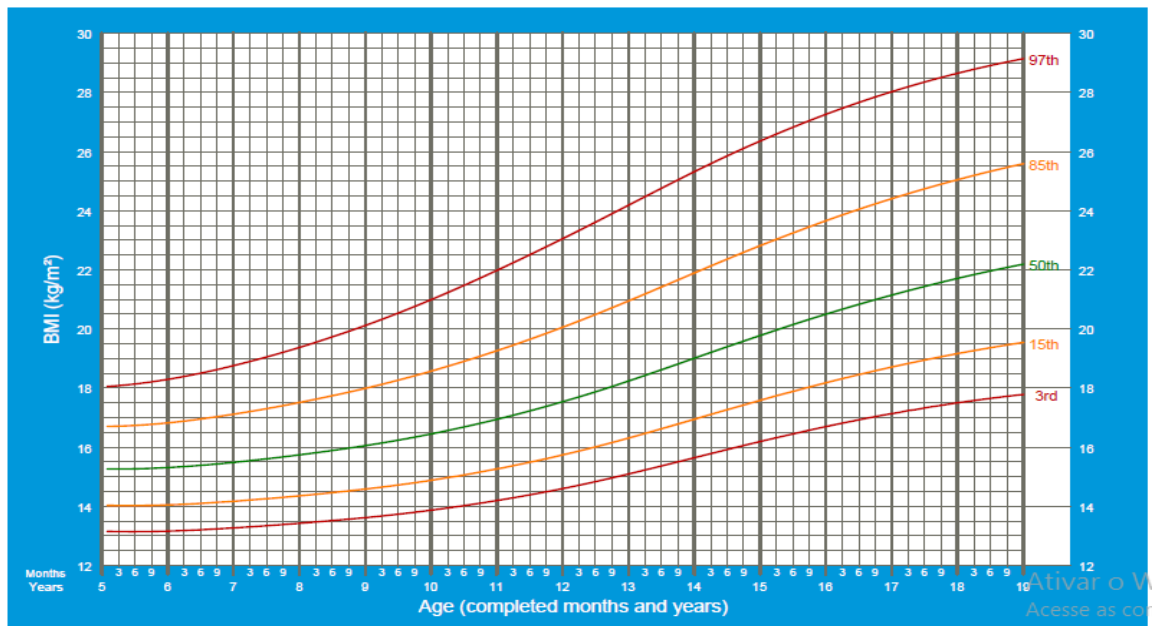
Assinado por:
Patrick Letouze Moreira
(Coordenador)

ANEXO B

CURVAS DE CRESCIMENTO POR IDADE WHO (2007)

BMI-for-age BOYS

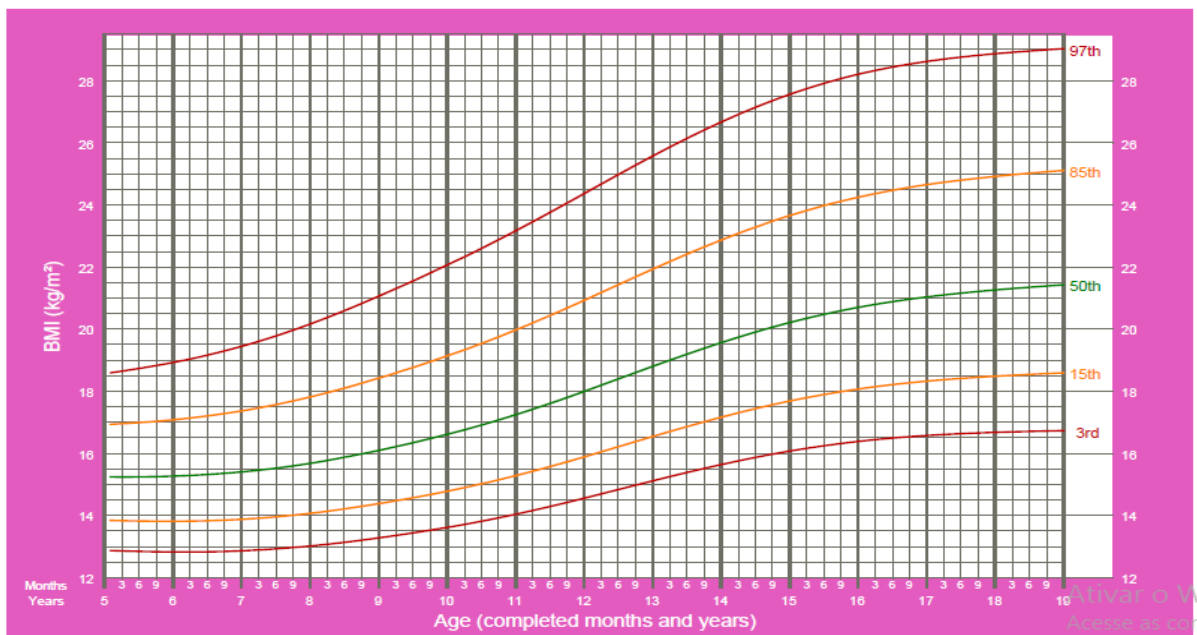
5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (percentiles)



2007 WHO Reference

ANEXO C

QUESTIONÁRIO - *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

GOSTARÍAMOS DE SABER COMO VOCÊ VEM SE SENTINDO EM RELAÇÃO À SUA APARÊNCIA. POR FAVOR, LEIA CADA QUESTÃO E FAÇA UM CÍRCULO APROPRIADO NA RESPOSTA QUE MAIS SE ADEQUAR, UTILIZANDO A LEGENDA ABAIXO:

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito frequentemente 6. Sempre nas últimas quatro semanas:

1. Sentir-se entediado (a) faz você se preocupar com sua forma física? 1 2 3 4 5 6
2. Você tem estado tão preocupado (a) com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?
1 2 3 4 5 6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?
1 2 3 4 5 6
4. Você tem sentido medo de ficar gordo (a) ou mais gordo (a)? 1 2 3 4 5 6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? 1 2 3 4 5 6
6. Sentir-se satisfeito (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gordo (a)?
1 2 3 4 5 6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? 1 2 3 4 5 6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? 1 2 3 4 5 6
9. Estar entre homens (mulheres) mais magros (as) faz você se sentir preocupado (a) em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? 1 2 3 4 5 6
11. Você já se sentiu gordo (a) mesmo comendo uma quantidade menor de comida? 1 2 3 4 5 6
12. Você tem reparado no físico de outros homens (mulheres) e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?
1 2 3 4 5 6 6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste televisão, lê, ou participa de uma conversa)? 1 2 3 4 5 6
14. Estar nu (a), por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo (a)? 1 2 3 4 5 6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
16. Você se imagina cortando fora porções do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)? 1 2 3 4 5 6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondado (a)? 1 2 3 4 5 6
20. Você já teve vergonha do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? 1 2 3 4 5 6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)? 1 2 3 4 5 6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? 1 2 3 4 5 6

24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?
1 2 3 4 5 6
25. Você acha injusto que outros homens (mulheres) sejam mais magros (as) que você? 1 2 3 4 5 6
26. Você já vomitou para sentir mais magro (a)? 1 2 3 4 5 6
27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado (a) num sofá ou no banco de um ônibus)? 1 2 3 4 5 6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? 1 2 3 4 5 6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? 1 2 3 4 5 6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? 1 2 3 4 5 6
32. Você toma laxantes para se sentir magro (a)? 1 2 3 4 5 6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?
1 2 3 4 5 6
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? 1 2 3 4 5 6

QUESTIONÁRIO – Teste de Atitudes Alimentares Resumido (EAT-26).

MARQUE UM “X” NA OPÇÃO DE ACORDO COM A LEGENDA:

S – sempre / MF – muito freqüentemente / F – freqüentemente / AV – às vezes / R – raramente / N – nunca

1. Costumo fazer dieta. S() MF() F() AV() R() N()
2. Como alimentos dietéticos. S() MF() F() AV() R() N()
3. Sinto-me mal após comer doces. S() MF() F() AV() R() N()
4. Gosto de experimentar novas comidas “engordantes”. S() MF() F() AV() R() N()
5. Evito alimentos que contenham açúcar. S() MF() F() AV() R() N()
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz etc.). S() MF() F() AV() R() N()
7. Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro (a). S() MF() F() AV() R() N()
8. Gosto de estar com o estômago vazio. S() MF() F() AV() R() N()
9. Quando faço exercícios penso em queimar calorias. S() MF() F() AV() R() N()
10. Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer. S() MF() F() AV() R() N()
11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso. S() MF() F() AV() R() N()
12. Preocupo (a) -me a possibilidade de ter gordura no meu corpo. S() MF() F() AV() R() N()
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como. S() MF() F() AV() R() N()
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições. S() MF() F() AV() R() N()
15. Vomito depois de comer. S() MF() F() AV() R() N()
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar. S() MF() F() AV() R() N()
17. Passo muito tempo pensando em comida. S() MF() F() AV() R() N()
18. Considero-me uma pessoa preocupada com a comida. S() MF() F() AV() R() N()
19. Sinto que a comida controla a minha vida. S() MF() F() AV() R() N()
20. Corto minha comida em pedaços pequenos. S() MF() F() AV() R() N()
21. Levo mais tempo que os outros para comer. S() MF() F() AV() R() N()
22. As outras pessoas acham que sou magro (a) demais. S() MF() F() AV() R() N()
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais. S() MF() F() AV() R() N()
24. Sinto que os outros me pressionam a comer. S() MF() F() AV() R() N()
25. Evito comer quando estou com fome. S() MF() F() AV() R() N()
26. Demonstro autocontrole em relação à comida. S() MF() F() AV() R() N()

QUESTIONÁRIO – Teste de Investigação Bulímica (BITE)

MARQUE O “X” EM SIM OU NÃO

01. Você segue um padrão regular de alimentação? () SIM () NÃO
02. Você costuma seguir dietas de forma rigorosa? () SIM () NÃO
03. Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez? () SIM () NÃO
04. Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta? () SIM () NÃO
05. Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro? () SIM () NÃO
(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.)
06. Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro? PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).
- Dia sim, dia não (5)
 - 2-3 vezes por semana (4)
 - Uma vez por semana (3)
 - De vez em quando (2)
 - Apenas uma vez (1)
07. Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? () SIM () NÃO
 Com que frequência? () Nunca () Raramente () Uma vez/semana () Duas ou três vezes/semana () Diariamente () Duas ou três vezes/dia () Cinco vezes/ dia
- 1) Comprimidos para emagrecer
 - 2) Diuréticos
 - 3) Laxantes
 - 4) Provoca vômitos
-
08. Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida? () SIM () NÃO
09. Você diria que a comida “domina” a sua vida? () SIM () NÃO
10. De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar? () SIM () NÃO
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? () SIM () NÃO
12. Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?
 () SIM () NÃO
13. Você sempre consegue parar de comer quando quer? () SIM () NÃO
14. Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar? () SIM () NÃO
15. Quando você está ansioso (a), tende a comer muito? () SIM () NÃO
16. A ideia de ficar gordo (a) o (a) apavora? () SIM () NÃO
17. Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?
 () SIM () NÃO
18. Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares? () SIM () NÃO
19. O fato de você não conseguir se controlar para comer o (a) preocupa? () SIM () NÃO
20. Você busca na comida um conforto emocional? () SIM () NÃO
21. Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição? () SIM () NÃO
22. Você engana os outros sobre quanto come? () SIM () NÃO
23. A quantidade que você come é proporcional à fome que sente? () SIM () NÃO

24. Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? () SIM () NÃO

(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25.)

25. Esse episódio o deixou deprimido (a)? () SIM () NÃO

26. Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho (a)? () SIM () NÃO

27. Com que frequência esses episódios acontecem?

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (_____).

- Quase nunca (1)

- Uma vez por mês (2)

- Uma vez por semana (3)

- Duas ou três vezes por semana (4)

- Diariamente (5)

- Duas ou três vezes por dia (6)

28. Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer? () SIM () NÃO

29. Se você comer demais, sente-se muito culpado (a) por isso? () SIM () NÃO

30. Você, de vez em quando, come escondido (a)? () SIM () NÃO

31. Você consideraria seus hábitos alimentares normais? () SIM () NÃO

32. Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? () SIM () NÃO

33. Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana? () SIM () NÃO