

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

MARIA ALICE MARQUES DE ALMEIDA

Associação entre o estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública

Vitória de Santo Antão

2023

MARIA ALICE MARQUES DE ALMEIDA

Associação entre o estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dra Cybelle Rolim e Coorientação da Professora Dra Luciana Golçalves Orange.

Vitória de Santo Antão

2023

MARIA ALICE MARQUES DE ALMEIDA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL E COMPORTAMENTOS DE
RISCOS PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM USUÁRIOS DE UMA
CLÍNICA ESCOLA DE NUTRIÇÃO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA**

TCC apresentado ao Curso de nutrição da
Universidade Federal de Pernambuco,
Centro Acadêmico da Vitória, como
requisito para a obtenção do título de
bacharel em nutrição.

Aprovado em: 11/05/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Luciana Golçalves de Orange (Coorientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Doutorando Ivanildo Ribeiro Domingos Júnior (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Maria Mylena Moraes Nascimento (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Com imensa gratidão, dedico este trabalho a todos aqueles que caminharam comigo nesta jornada. Que sempre estiveram ao meu lado, me encorajando e apoiando.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por me direcionar, dar força, coragem e motivação que me ajudaram a chegar até aqui.

Aos meus pais que estiveram ao meu lado, incentivando-me a seguir em frente e me ajudando a superar as dificuldades. Independente do momento, vocês sempre foram minha fonte de conforto.

Aos meus familiares que sempre estiveram torcendo por mim. Cada um de vocês contribuíram para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje.

A minha orientadora Cybelle Rolim, por aceitar a orientação, pelo suporte e dedicação na elaboração desse trabalho. Seu apoio, profissionalismo e paciência foram essenciais para a conclusão deste projeto.

A Universidade Federal de Pernambuco por me proporcionar uma formação de qualidade em uma instituição de excelência.

Agradeço a quem se manteve ao meu lado durante essa caminhada.

Sem vocês, nada seria.

“A nutrição é uma das maiores formas de autocompaixão que podemos oferecer a nós mesmos.”

Jessica Sepel

RESUMO

O estado nutricional é caracterizado por um desequilíbrio entre o consumo alimentar e o gasto energético do organismo para suprir suas necessidades nutricionais. Já os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por um distúrbio psiquiátrico de etiologia multifatorial caracterizados por alteração no comportamento alimentar, que resulta em padrões e atitudes alimentares distorcidas. Diante das exigências na atualidade quanto aos padrões de corpo e ideais de beleza, que podem contribuir negativamente na relação do indivíduo com a comida e com o corpo e seu estado nutricional. O presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre o estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma universidade pública. Trata-se de um estudo tipo transversal, baseado em dados secundários, cuja as informações foram obtidas de pacientes atendidos pela clínica escola do curso de nutrição do Centro Acadêmico da Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE). Foram coletadas variáveis demográficas, socioeconômicas, da prática de atividade física, do perfil de saúde e o estado nutricional da população estudada, como também investigado a presença de comportamentos de risco para TA. A amostra foi constituída por 85 usuários, dos quais 87,1% são do gênero feminino; 49,4% possuíam entre 20 e 30 anos, 40,0% apresentavam ensino superior incompleto; 51,8% são casados e 41,2% residiam na Zona da Mata. A maior parte dos usuários (50,6%) afirmaram praticar atividade física e 58,8% declararam portar alguma patologia. Acerca do estado nutricional, 41,03% dos usuários apresentaram obesidade, e 23% sobrepeso. Não houve diferença estatística entre o estado nutricional e o comportamento de risco para TA. No entanto, ao associar o comportamento de risco para TA nos usuários com e sem excesso de peso foi constatada associação significativa.

Palavras-chave: COMPORTAMENTO ALIMENTAR; TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO; ESTADO NUTRICIONAL.

Abstract

Nutritional status is characterized by an imbalance between food consumption and the body's energy expenditure to meet its nutritional needs. Eating disorders (ED) are characterized by a psychiatric disorder of multifactorial etiology characterized by changes in eating behavior, which result in distorted eating patterns and attitudes. Faced with today's demands regarding body standards and beauty ideals, which can negatively contribute to the individual's relationship with food and with the body and its nutritional status. The present study aimed to evaluate the association between nutritional status and risk behaviors for eating disorders in users of a Nutrition School clinic at a public university. This is a cross-sectional study, based on secondary data, whose information was obtained from patients attended by the teaching clinic of the nutrition course at the Academic Center of Vitória, Federal University of Pernambuco (CAV/UFPE). Demographic, socioeconomic, physical activity, health profile and nutritional status variables of the studied population were collected, as well as the presence of risk behaviors for ED. The sample consisted of 85 users, of which 87.1% were female; 49.4% were between 20 and 30 years old, 40.0% had incomplete higher education; 51.8% are married and 41.2% lived in the Zona da Mata. Most users (50.6%) reported practicing physical activity and 58.8% declared having some pathology. Regarding nutritional status, 41.03% of users were obese, and 23% were overweight. There was no statistical difference between nutritional status and risk behavior for ED. However, when associating risk behavior for ED in users with and without excess weight, a significant association was found.

Keywords: FEEDING BEHAVIOR; EATING DISORDERS; NUTRITIONAL STATUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Estado nutricional de usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública em Vitória de Santo Antão – PE.....	33
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Caracterização de usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública em Vitória de Santo Antão – PE, quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e da prática atividade física.....31

Tabela 02. Associação entre as variáveis demográficas, socio econômicas e atividade física com comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública em Vitória de Santo Antão/PE.....34

Tabela 03. Associação entre a presença das patologias com comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública em Vitória de Santo Antão/PE.....35

Tabela 04. Associação do estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública em Vitória de Santo Antão/PE.....37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	JUSTIFICATIVA.....	16
4	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	17
4.1	Alimentação na construção do corpo “perfeito”	17
4.2	Transtornos alimentares: caracterização e complicações clínicas.....	19
4.3	Transtornos alimentares: rastreamento, diagnóstico e abordagem terapêutica.....	22
5	MÉTODOS.....	26
5.1	Delineamento e cenário do estudo.....	26
5.2	Critérios de elegibilidade.....	26
5.3	Variáveis de estudo e coleta.....	26
5.3.1	Avaliação demográfica, socioeconômica e perfil de saúde.....	27
5.3.2	Avaliação do comportamento alimentar.....	27
5.3.3	Avaliação do estado nutricional.....	27
5.4	Análise e interpretação de dados.....	27
5.5	Aspectos éticos.....	28
6	RESULTADOS.....	29
7	DISCUSSÃO.....	37
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS.....	45
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO HAY.....	46

1 INTRODUÇÃO

O indivíduo se relaciona com o alimento desde seu nascimento por meio do leite materno, objetivando principalmente uma nutrição saudável, mas além disso, estabelece vínculo mãe-bebê, sendo esta a sua primeira relação social. Durante o período de amamentação, a barreira das necessidades fisiológicas-nutricionais é ultrapassada, e o alimento também passa a envolver conexões emocionais, culturais e familiares (BARBOSA, 2020).

Essa primeira relação com o alimento, iniciada no começo de sua vida, tende a acompanhá-lo pelos próximos anos, porém, sofrendo modificações de acordo com seu contexto econômico, cultural, familiar, religioso, vivências emocionais e seu meio social. Nesse momento, a comida torna-se também uma forma de prazer, estando presente em momentos considerados especiais como reuniões e comemorações com a família e os amigos (BARBOSA, 2020).

O alimento e a forma de comer também apresentam relação com a composição corporal e a estética, variando de acordo com o padrão estabelecido por cada sociedade nos diferentes ciclos de vida. Na contemporaneidade, no cenário nacional, as modificações do modelo de beleza são influenciadas principalmente pelo contexto econômico, social, político e histórico. Em determinado momento da história, o padrão de corpo “belo” para mulheres, era composto por corpos grandes, seios avantajados e quadril largo, os quais eram entendidos como símbolo de saúde, riqueza e fartura. Contudo, com o passar do tempo, esse padrão passou a ser substituído por corpos mais magros/esbeltos e sem muitas formas, pela associação com maior delicadeza (DOURADO, 2018).

O fortalecimento deste padrão de beleza no público feminino tem maior impulso quando veiculado à mídia, com a exaltação de corpos na maioria das vezes inalcançáveis e com forte rejeição quando acima do peso. A partir desse fato, as pessoas sentem a necessidade de se encaixar no ideal corporal exigido pela sociedade, estando suscetíveis à influência de publicidades que prometem resultados rápidos e fáceis. Neste contexto, a saúde está distante de ser o objetivo principal, cedendo espaço para métodos não saudáveis e muitas vezes invasivos, que arriscam a saúde e o bem-estar do indivíduo nesta busca incessante pelo corpo almejado (DOURADO, 2018). Na visão de Oliveira (2010) um interessante parâmetro de

insatisfação corporal são os crescentes números de cirurgias plásticas relacionados à estética, devido a insatisfação corporal e a busca pela perfeição do corpo.

Nunca houve tantos ideais estéticos expostos quanto hoje, na era da tecnologia e da produção em massa (YUNES, 2019). Em consequência disso, mulheres em todo o mundo, não estão satisfeitas com a sua imagem ou não se consideram bonitas (OLIVEIRA, 2019). Além disso, nos últimos anos, distúrbios de imagem corporal têm sido encontrados também em populações eutróficas, evidenciando que mulheres se sentem gordas independentemente do peso corporal (LAUS, 2018).

A magreza muitas vezes é buscada, principalmente pelas meninas, através de comportamentos de risco que podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares (TA). Sendo assim, é possível relacionar as práticas alimentares com os padrões estéticos corporais. O intenso medo do ganho de peso pode resultar em uma relação disfuncional com a comida, conhecida como comer transtornado, o que tem sido apontado como um fator de risco para os TA (FERREIRA, 2018)

De acordo com Leal *et al.*, (2013), o comer transtornado se relaciona com todo comportamento alimentar considerado não saudável ou disfuncional, como jejuns prolongados, baixa ingestão de alimentos, substituição de refeições por *shakes*, utilização de medicamentos e outros comportamentos com intuito de controlar o peso corporal de forma disfuncional. Apesar de apresentar semelhanças com os TA, o comer transtornado tem frequências e gravidade dos sintomas diminuídos.

Os transtornos alimentares são caracterizados por um distúrbio psiquiátrico de etiologia multifatorial caracterizados por alteração da alimentação ou no comportamento alimentar, que resulta em padrões e atitudes alimentares distorcidas como: medo mórbido de engordar, preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, redução voluntária do consumo alimentar com possível e progressiva perda de peso, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos. Esses comportamentos comprometem significativamente a saúde física, social e psicológica do indivíduo (APA, 2014).

Os TA têm critérios diagnósticos fundamentados em características psicológicas, comportamentais e fisiológicas, que são estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, no Código Internacional de Doenças (CID-11, 2018) (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011), e pela Associação de Psiquiatria Americana, no Manual de Estatísticas de Doenças Mentais (DSM-V, 2014). Segundo o DSM-V, os transtornos alimentares incluem: a Pica ou Alotriofagia, o Transtorno de

Ruminação, o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA).

Percebe-se que apesar de acontecer de maneira diferente, o descontentamento corporal pode atingir tanto homens quanto mulheres. No que diz os homens, estes são emergidos em um padrão que envolve força e músculos. Nesse contexto, é comum o quadro de vigorexia ou transtorno dismórfico muscular, caracterizado por distorção da imagem corporal. Nesse caso, é visto pelo indivíduo um corpo fraco e com pouca massa muscular, mesmo que a realidade seja um corpo musculoso (MARTINS, 2022).

Neste contexto, diante das exigências na atualidade quanto aos padrões de corpo e ideais de beleza para indivíduos de ambos os sexos, o que pode contribuir negativamente na relação do indivíduo com a comida e com o corpo e seu estado nutricional, esta pesquisa se propõe a estudar a associação entre o estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a associação entre o estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública.

2.2 Específicos

- Caracterizar os usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e da prática atividade física;
- Verificar o estado nutricional da população atendida;
- Associar as variáveis demográficas, socioeconômicas e atividade física com comportamentos de riscos para transtornos alimentares nos pacientes.
- Associar a presença das patologias com comportamentos de riscos para transtornos alimentares nos usuários atendidos;
- Associar o estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares com os usuários da clínica.

3 JUSTIFICATIVA

Diante da problemática envolvendo alterações no estado nutricional e a incessante busca pelo alcance de “padrões” corporais na sociedade contemporânea, é relevante investigar a possível associação existente entre estado nutricional e comportamentos de riscos para os TA; tendo em vista, os danos nos âmbitos psicológicos, metabólicos, sociais e físicos dos indivíduos imersos neste contexto.

Os achados da presente investigação poderão melhor direcionar as intervenções no âmbito clínico, oportunizando um cuidado mais integral aos pacientes na perspectiva da promoção da saúde e melhora da qualidade de vida, como também contribuir para uma agenda de discussões necessárias acerca do acolhimento e intervenção/cuidado precoce desta população com comportamento de riscos para os TA e estado nutricional “inadequado” antes de maiores agravos à saúde.

Acresce ainda a contribuição científica com o alcance deste trabalho, sendo os resultados alcançados igualmente importantes para planejamentos futuros de ações educativas e de prevenção mais abrangentes para lidar com essa problemática.

4 REFERÊNCIAL TEÓRICO

4.1 Alimentação na construção do corpo “perfeito”

Inicialmente o ato de se alimentar tinha como base a necessidade biológica para a sobrevivência, sendo um fator insubstituível para a manutenção da vida. No entanto, com o tempo, alimentar-se não mais se traduz apenas como uma necessidade biológica, tendo adquirido valores e necessidades, sofrendo também maiores influências dos campos social, econômico, cultural, psicológico e nutricional. Muito além de uma atitude biológica, a alimentação assume ainda grande influência sócio-ambiental, sendo a mesma mediada por um emaranhado sistema simbólico que organiza as escolhas alimentares (ALMEIDA, 2017; DE SOUZA *et al.*, 2015; MORAES, 2014).

Apesar do ato de alimentar-se corresponder a uma atitude natural e de caráter instintivo, não a torna, necessariamente, algo consciente sob o aspecto nutricional. O modo de comer é uma escolha, que costuma ser baseada em um estilo de vida. Além de essencial à manutenção da vida, a escolha tem a ver com variedade e sabores dos alimentos, credos religiosos, ideologias, status social, e ainda com os sentimentos a exemplo da ansiedade, da angústia e das insatisfações (DE SOUZA *et al.*, 2015; KAUFMAN, 2013).

O conjunto de hábitos, costumes, crenças e tradições que caracterizam uma cultura também se refere ao corpo. Sendo assim, há uma construção cultural do corpo, com uma valorização de certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo com que haja um corpo típico para cada sociedade (TOMAZ, 2020). Percebe-se, então, que as práticas alimentares e os padrões estéticos corporais caminham juntos. Neste sentido, especificamente em relação ao Brasil, desde a Independência até os dias atuais os modelos de beleza têm se modificado e se adaptado ao contexto econômico, social, político e histórico (SALLA, 2022)

A globalização e a mídia em todas as suas formas de expressão vêm desempenhando, como nunca antes, papéis estruturantes na construção deste modelo. Personalidades, atrizes e modelos esbeltas, com alta estatura e musculatura definida ditam o ideal corporal que “deve” ser seguido (COPETTI, 2018; TOMAZ, 2020)

Tal problemática incentiva a ideia de que o corpo é infinitamente maleável e que este ideal estético pode ser atingido por qualquer um que siga as prescrições de

exercícios e dietas adequados. Nega-se a particularidade do corpo de cada um e as limitações impostas pela biologia e genética. Acredita-se que a boa forma física depende apenas do esforço pessoal, crença esta corroborada pelas mídias e propagandas de produtos estéticos. Essa busca obsessiva acaba desfigurando a tênue linha divisória entre o cuidado saudável com a alimentação e com o corpo e o sutil movimento de instalação de doenças. A discrepância entre o peso real e o idealizado levam a um estado de constante insatisfação com o próprio corpo e as dietas da moda são frequentemente utilizadas para perda de peso (PESSANHA, 2018).

Neste contexto, as dietas da moda podem ser compreendidas como práticas alimentares não usuais, que promovem resultados atraentes e rápidos, mas sem fundamento científico. Essas não funcionam à longo prazo, uma vez que se torna mais difícil manter o peso ao longo do tempo, principalmente devido as suas grandes restrições, além de despertar o desejo pelo consumo de alimentos calóricos. O plano alimentar deve estar associado a mudanças na conduta alimentar, por meio de apoio psicológico e exercícios físicos para serem efetivas (MALTEZ, 2016; ALVARENGA *et al.*, 2019; WITT, 2011).

Entre as principais dietas da moda destacam-se a dieta do jejum intermitente, que é caracterizado pela privação da alimentação por horas; a dieta paleolítica, que conta com baixas quantidades de carboidratos de elevado índice glicêmico e se baseia nos regimes alimentares que nossos ancestrais realizavam na idade das pedras, como: vegetais, sementes, tubérculos, frutas, peixe e carne; a dieta *Low Carb* ou baixo carboidrato, que fundamenta-se na redução das quantidades de carboidratos, de forma que esse macronutriente não seja mais o de maior quantidade na alimentação, comparado ao que se utiliza nas orientações nutricionais tradicionais, entre outras dietas (ALVARENGA *et al.*, 2019; BRAGA *et al.*, 2019; BETONI *et al.*, 2010; SANTANA, 2020).

A prática de dietas restritivas com objetivo de redução de peso, decorrente de uma insatisfação com o corpo, é uma das principais ferramentas na busca do “corpo ideal” para se encaixar no padrão esperado pela sociedade. É comum que posteriormente ocorra uma restrição alimentar ainda mais rígida, podendo resultar em comportamentos de risco para os Transtornos Alimentares (TA), devido a drástica restrição alimentar (anorexia) ou em episódios compulsivos, seguidos de práticas compensatório-purgativas (bulimia) ou não (compulsão) (MALTEZ, 2016), além dos

malefícios psicológicos, metabólicos. Os indivíduos praticantes de dietas preocupam-se de modo compulsivo com os alimentos que consomem, são mais vulneráveis a comer descontroladamente após muito tempo de restrição e tendem a possuir problemas emocionais como ansiedade e depressão (PEREIRA, 2016).

4.2 Transtornos alimentares: caracterização e complicações clínicas

A sociedade, de modo geral, não lida com a alimentação de forma exclusivamente racional, importando-se somente com suas características nutricionais. Ao contrário, sempre a associou a ideologias, religião, cultura e outros aspectos que têm influência no comportamento alimentar. O comportamento alimentar pode ser definido como todas as formas de convívio com o alimento. Refere-se a atitudes relacionadas às práticas alimentares em associação a atributos socioculturais, como os aspectos subjetivos intrínsecos do indivíduo e próprios de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si (MATIAS *et al.*, 2010).

O comportamento alimentar trata-se de algo muito complexo, pois comer é um ato social que vai para além das necessidades básicas de alimentação, indispensável ao desenvolvimento dos valores vitais, comum a todo ser humano, além de estar associado com as relações sociais, às escolhas inseridas em cada indivíduo através de gerações e às sensações proporcionadas pelos sentidos. Jamais definido a partir do indivíduo como algo único, mas sim a partir de suas relações com o meio. Sendo assim, para uma melhor compreensão é necessário conhecer os fatores que refletem e determinam as escolhas alimentares (VAZ, 2014; CARVALHO *et al.*, 2013).

O comer transtornado (CT) abrange todo tipo de comportamento alimentar considerado não saudável ou disfuncional, como por exemplo dietas restritivas, jejum prolongado, ingestão muito baixa de alimentos, utilização de substitutos para refeições como shakes ou suplementos, utilização de medicação para o controle de peso ou outros tipos de comportamentos que visam diminuir a quantidade de alimento ingerido e o controle de peso de forma disfuncional, podendo evoluir para um TA (LEAL, *et al.*, 2013a). Enquanto que, os transtornos alimentares (TA) segundo DMS-5 (2014), 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. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação,

transtorno alimentar restritivo/evitativo, Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA).

As formas mais comuns de TA incluem a AN, BN e o TCA. Esses transtornos apresentam em comum o sofrimento intenso relacionado ao peso e à forma do corpo e as dificuldades para manter uma alimentação saudável, o que acarreta uma série de complicações clínicas (ARATANGY, 2017).

A AN tem como característica a perda de peso severa às custas de dietas restritivas e uma busca descontrolada da perda de peso, com ou sem métodos compensatórios de controle de peso, associada à insatisfação e distorção da imagem corporal (DMS-5, 2014). Em relação à BN, esta é caracterizada por compulsão alimentar, acompanhada de métodos compensatórios inadequados de controle de peso, como autoindução de vômito, uso de medicamentos, dieta e atividade física, além de problemas com a imagem corporal, havendo frequência desses episódios em média duas vezes por semana, pelo período de 3 meses (DMS-5, 2014).

No caso das mulheres, a AN e a BN ganham destaque. A AN é um transtorno no comportamento alimentar com distorção de imagem, no qual o sujeito enxerga uma imagem corporal que não condiz com o que é real. Existe um grande medo de engordar, resultando em restrições alimentares extremas, além da indução de vômito e exercícios físicos em excesso, devido a recusa de um peso adequado para sua idade e altura. No caso da BN, o transtorno tem como característica um ciclo de restrição-compulsão-purgação. Após os episódios compulsivos, é comum o uso de medicamentos laxativos, diuréticos, hormônios tireoidianos, jejuns prolongados e exercícios físicos exagerados, além de agentes anorexígenos e lavagens intestinais. (FERREIRA, 2018).

Na categorização atual, o TCA se caracteriza pela ingestão, em um período de duas horas, de uma quantidade de alimentos maior do que outras pessoas consumiriam em circunstâncias análogas. Durante os episódios de compulsão, o indivíduo come mais rápido do que o normal e até sentir-se “desconfortavelmente cheio”. Durante esses episódios, os indivíduos sentem uma perda do controle sobre o que ou o quanto comem (DMS-5, 2014).

Tais práticas em quaisquer dos transtornos pode levar a complicações clínicas. Na AN, grande parte das complicações estão associadas à desnutrição. Nesses indivíduos é notável a pele seca e amarelada, cabelos finos, quebradiços e com coloração avermelhada, alopecia, unhas fracas e quebradiças, presença de lanugo,

proeminências ósseas evidentes em face, quadril e nádegas, abdome escavado, além de peristalse intestinal diminuída. Em relação ao sistema cardiovascular, é possível a ocorrência de bradicardia, hipotensão ortostática, arritmias. Os mecanismos envolvidos no prejuízo a esse sistema podem ser em decorrência da desidratação, autofagia miocárdica e distúrbios hidroeletrolíticos. Em relação ao ciclo menstrual, a amenorreia pode ocorrer em cerca de 1/3 das pacientes com AN e tende a regredir com a restauração do peso normal, além disso, pode vir acompanhada por ovários em tamanhos pré-puberais, regressão do tamanho das mamas e do útero (BROWN, 2015; GIBSON, 2019; NARDI, 2021; CANDIDO, 2014).

Para mais, é comum que exames laboratoriais apontem hipercolesterolemia devido à diminuição dos níveis de T3, diminuição de globulina carreadora de colesterol e perda do colesterol intra-hepático. É possível haver também alterações endócrinas: o eixo hipotálamo-hipófise gonadal se altera, causando queda dos níveis de hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo estimulante (FSH) e estradiol. O hipotireoidismo se apresenta em alguns casos, assim como o aumento do hormônio do crescimento (GH) e do cortisol. Em relação a alterações ósseas, cerca de 85% das pacientes anoréticas recebem diagnóstico de osteopenia ou osteoporose. O fato de grande parte das pacientes acometidas serem adolescentes gera a preocupação de que podem nunca vir a atingir um ganho de massa óssea normal, além do grande risco de fraturas (BROWN, 2015; FAZELI, 2018; CANDIDO, 2014).

No que se refere a BN, a maioria das complicações são decorrentes de comportamentos purgativos e compensatórios no geral, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes e diuréticos, prática de exercícios físicos excessivos, entre outros. As alterações gástricas são as mais comuns, entretanto comportamento purgativos podem causar complicações mais graves, como distúrbios hidroeletrolíticos, principalmente hipocalemia. Em avaliação física, pode-se identificar pele e mucosas ressecadas e com turgor diminuído, dentes erosivos e com cáries, sinal de Russel (dorsos das mãos escarificados pelo hábito repetitivo de provocar vômitos). Hematomas subconjuntivais e epistaxe podem estar presentes, causados pelos vômitos autoinduzidos. O aumento de glândulas parótidas também pode ocorrer em consequência dos vômitos constantes (MEHLER, 2017; GIBSON 2019).

Entre as possíveis consequências cardiovasculares, pode-se haver hipotensão ortostática, taquicardia, arritmias, em especial aumento do intervalo QT por hipocalemia, podendo causar síncope. Também é possível que haja dispepsia,

gastrite e hemorragias digestivas. Exames complementares podem acusar distúrbios hidroeletrólíticos como hipocalcemia, hipocloremia (presente em estados purgativos por vômitos), hipomagnesemia (mais presente em uso de diuréticos e laxantes como método compensatório), acidose metabólica, pela perda de bicarbonato sérico em evidência de abuso de laxantes, e hipofosfatemia, em especial por má absorção do fósforo intestinal, também na evidência de uso de laxantes (CANDIDO, 2014; GIBSON, 2019).

4.3 Transtornos alimentares: rastreamento, diagnóstico e abordagem terapêutica

Os TA têm critérios diagnósticos baseados em características psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Caracterizam-se por severas perturbações no comportamento alimentar e imagem corporal, e seus critérios diagnósticos são estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Código Internacional de Doenças (CID-10), e pela Associação de Psiquiatria Americana, no Manual de Estatísticas de Doenças Mentais (DSM-IV) (ALVARENGA *et al.*, 2011).

Embora os TA tenham definição e critérios diagnósticos padronizados internacionalmente, não há a mesma preocupação em relação àquilo que se denomina “comportamentos de risco para TA”. Esses são avaliados considerando-se basicamente a presença dos sintomas clássicos dos quadros: restrição alimentar (hábito de fazer dietas restritivas ou jejum), compulsão alimentar e práticas purgativas (uso de laxantes, diuréticos e vômitos autoinduzidos) (DE SOUZA FERREIRA, 2008; LEAL *et al.*, 2013).

Diferentes nomenclaturas podem ser adotadas para avaliar esses mesmos aspectos, por exemplo, comportamento alimentar anormal, suspeita de TA, risco de TA, comportamentos de risco para TA, sintomas de TA, atitudes alimentares anormais, padrões alimentares anormais. Outra terminologia utilizada é o “comer transtornado”, definido pela Associação de Psiquiatria Americana e pela Associação Dietética Americana como todo espectro dos problemas alimentares, da “simples dieta” aos TA clássicos (LEAL *et al.*, 2013).

Comportamentos de risco para TA são avaliados habitualmente por meio de questionários padronizados, tais como o Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorder Inventory (EDI), Eating Disorder Examination versão questionário (EDE-Q), Binge Eating Scale (BES), Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE), entre

outros, que surgiram pela necessidade de sistematizar os métodos de estudos de TA após o estabelecimento de seus critérios diagnósticos (FREITAS *et al.*, 2002).

O Eating Attitudes Test - EAT desenvolvido por Garner e Garfinkel, se apresenta em duas versões: uma versão com 40 itens (1979), e a segunda, com 26 itens (1982), traduzida para o português. Este questionário é utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de NA ou BN. Apesar de ser utilizado como um instrumento de rastreamento de sintomas de TA, não estabelece um diagnóstico (FREITAS *et al.*, 2002).

Outro instrumento é o Eating Disorder Inventory - EDI que é amplamente utilizado, e possui propriedades psicométricas bem estabelecidas em estudos de confiabilidade e validação. O EDI é composto por 64 itens que avaliam as características psicológicas e comportamentais comuns à AN e à BN. Consiste em oito subescalas, três das quais avaliam os aspectos psicopatológicos específicos dos TA (ímpeto para a magreza, insatisfação corporal e bulimia), enquanto que, as outras cinco avaliam os aspectos psicopatológicos gerais observados em pacientes com TA. Apresenta uma versão revisada o EDI-2 que, além dos itens da escala original, contém mais três subescalas (asceticismo, regulação do impulso e insegurança social), totalizando 91 itens (FREITAS *et al.*, 2002).

Um terceiro questionário é o Eating Disorder Examination versão questionário - EDE-Q. Este foi desenvolvido como uma versão auto-aplicável do Eating Disorder Examination em formato de entrevista. Se constitui por 41 itens e o seu resultado é apresentado em quatro subescalas, sendo elas: restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso. As subescalas dos dois instrumentos (EDE-Q e EDE) se correlacionam, e sua validade e confiabilidade são bem documentadas (FREITAS *et al.*, 2002).

O Binge Eating Scale - BES foi desenvolvido para avaliar a gravidade da Compulsão Alimentar Periódica (CAP) em indivíduos com obesidade. É um questionário amplamente utilizado e consiste em uma escala Likert, com 16 itens que avaliam as manifestações comportamentais, os sentimentos e cognições envolvidos em um episódio de CAP. O mesmo fornece o resultado em três categorias: CAP - grave (escore >27), moderada 24 (escore entre 18 e 26) e ausência de CAP (escore <17). Apresenta-se em uma versão em português - Escala de Compulsão Alimentar Periódica - ECAP, com adequadas propriedades psicométricas, no ponto de corte 17,

para o rastreamento do TCA em indivíduos com obesidade que procuram tratamento para emagrecer. Assim, como os outros instrumentos de rastreamento de comportamento de risco para TA anteriormente citados, o BES/ ECAP não são instrumentos diagnósticos, os mesmos precisam ser apoiados por uma entrevista clínica (FREITAS *et al.*, 2002).

Já o Bulimic Investigatory Test – BITE foi desenvolvido para o rastrear e avaliar a gravidade da BN e apresentou propriedades psicométricas adequadas no estudo original. Este questionário oferece os resultados em duas escalas, sendo uma de sintomas e outra de gravidade. Escore >20 indica comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia; e o escore entre 10 e 19 indica padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica (FREITAS *et al.*, 2002).

Ainda no que diz respeito a avaliação do comportamento de risco para o CT e para os TA, há o questionário de Hay (1998) adaptado por FERREIRA e VEIGA (2008b). Este instrumento é composto por apenas quatro itens específicos em relação aos sintomas típicos de TA em adolescentes e adultos. Por se tratar de um teste curto e direto, que foca especificamente nos sintomas de TA (restrição, compulsão e purgação), o questionário de Hay é bastante recomendado, especialmente quando a avaliação de comportamentos de risco para TA é mais uma entre outras variáveis de estudo, bem como na prática clínica. Por meio das quatro questões, o instrumento busca identificar a presença de episódios de compulsão alimentar (com ou sem perda do controle ao se alimentar); uso de laxantes, diuréticos e vômito autoinduzido com o objetivo de controlar o peso e ficar sem comer ou comer muito pouca comida (restrição) nos últimos 3 meses. Quando a frequência de algum destes comportamentos (restrição, compulsão, vômitos, uso de laxantes e diuréticos) for de pelo menos uma vez por semana ou superior a isto, nos últimos 3 meses, será considerado comportamento de risco para TA (Hay, 1998) (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

O diagnóstico de TA deve ser feito por meio de uma entrevista clínica médica devido à individualidade de cada caso. Porém, questionários autoaplicáveis validados, disponíveis na literatura, auxiliam na detecção da presença e gravidade, além da identificação dos problemas que merecem maior ênfase durante o tratamento dos TA. No tratamento eficiente do TA se faz necessário uma equipe multidisciplinar composta

por médicos, nutricionista, psiquiatra, psicólogo e outros profissionais (OLIVEIRA, 2019).

Para uma tomada de decisões padronizada e objetiva, é indicado que a equipe pactue em conjunto as propostas e metas terapêuticas (PEDROSA, 2019). O tratamento envolve a estabilização nutricional para os padrões saudáveis de peso, a conscientização de quanto esse comportamento é inadequado e prejudicial e até o uso de medicação para controlar os impulsos e quadros de depressão, quando necessário. Vale ressaltar que o acompanhamento nutricional está sempre associado a uma equipe multiprofissional que irá auxiliar a forma de tratamento dos pacientes, cabendo ao profissional se adequar e ter básico conhecimento sobre cada área, a fim de promover o atendimento ideal (OLIVEIRA, J., 2019).

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento e cenário do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, quantitativo e de corte transversal, baseado em dados secundários, cuja as informações foram obtidas do banco de dados dos pacientes atendidos pela clínica escola do curso de nutrição do centro acadêmico de Vitória da universidade federal de Pernambuco (CAV/UFPE).

5.2 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos no estudo indivíduos adultos de ambos os sexos, com idade entre 20 a 59 anos e 11 meses, atendidos na clínica escola do Curso de Nutrição do CAV/UFPE.

Como critérios de exclusão foram considerados mulheres grávidas e em aleitamento, pessoas portadoras de doenças debilitantes (por exemplo, câncer em estágio avançado, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), nefropatias renal, gastroplastia e gastrectomia radical) e pessoas com problemas outros de saúde mental, em virtude das dificuldades para participar da triagem realizada pela clínica escola e que pudessem gerar confusão na interpretação dos dados.

5.3 Variáveis de estudo e coleta de dados

Os dados demográficos, socioeconômicos e do perfil de saúde foram coletados através de questionário estruturado. O rastreamento de comportamentos de riscos para TA foi realizado por meio do questionário de Hay (1998), e o estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC) (OMS, 1995).

5.3.1 Avaliação demográficos, socioeconômicos e do perfil de saúde

A coleta dos dados demográficos, socioeconômicos e do perfil de saúde incluiu as seguintes informações: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, renda; e do perfil de saúde, autorrelato de morbididades: Anemia, ansiedade, artrose, asma, cálculo renal, cisto, depressão, doenças cardiovasculares, doenças crônicas não transmissíveis, doenças no trato gastrointestinal, doenças tireoidianas, endometriose, labirintite, mioma, pedra na vesícula, rinite, síndrome dos ovários policísticos. Quanto a prática de atividade física, foi relatado se praticam ou não atividade.

5.3.2 Avaliação dos comportamentos de riscos para os Transtornos Alimentares

Na avaliação dos comportamentos de riscos para os TA, foi utilizado o questionário de Hay (1998) adaptado por FERREIRA e VEIGA (2008b) (ANEXO B), que é composto por apenas quatro itens específicos em relação aos sintomas típicos de TA em adolescentes e adultos. Por se tratar de um teste curto e direto, que foca especificamente nos sintomas de TA (restrição, compulsão e purgação), o questionário de Hay é bastante recomendado, especialmente quando a avaliação de comportamentos de risco para TA é mais uma entre outras variáveis de estudo.

O instrumento é composto por questões que identificam a presença de episódios de compulsão alimentar (com ou sem perda do controle ao se alimentar), uso de laxantes, diuréticos e vômito autoinduzido com o objetivo de controlar o peso e ficar sem comer ou comer muito pouca comida (restrição) nos últimos 3 meses. As opções de resposta são: nenhuma vez, menos de uma vez por semana, uma vez por semana e duas ou mais vezes por semana. Quando a frequência de algum destes comportamentos (restrição, compulsão, vômitos, laxantes, diuréticos) for de pelo menos uma vez por semana ou superior a isto, nos últimos 3 meses, será considerado comportamento de risco para TA (ALVARENGA; DUNKER; PHILIPPI, 2020).

5.3.3 Avaliação do estado nutricional

O estado nutricional foi avaliado através do Índice de Massa Corporal (IMC). Para o cálculo do IMC foram utilizados peso usual ou habitual e altura, ambos referidos pelos indivíduos. Desse modo, a unidade de medida deste indicador é Kg/m². utilizando-se os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS): IMC <18,5kg/m² para magreza; 18,5 a 24,9kg/m² para eutrofia; 25,0 a 29,9kg/m² para sobrepeso; e valores de IMC >30,0kg/m² para obesidade (OMS).

5.4 Análise e interpretação de dados

Os dados foram registrados em uma planilha eletrônica construída previamente no Microsoft Excel (2016) e posteriormente foram exportados para o software SPSS® (Statistical Package for Social Sciences – International Business Machines, Armonk, Nova Iorque, EUA), versão 19.0, onde foi realizada a análise estatística. A distribuição das variáveis qualitativas e a análise inferencial das características descritivas dos seios frontais em relação ao sexo foram estimadas através do teste Qui-quadrado, sendo utilizado o teste exato de Fisher para as variáveis que apresentarem caselas

menores que 5 participantes. Todos os resultados foram obtidos considerando o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$), e significância limítrofe de 10% ($p \leq 0,1$).

5.5 Aspectos éticos

O presente estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde e foi realizado com dados secundários. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do centro acadêmico de Vitória da universidade federal de Pernambuco (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAEE: 57375622.7.0000.9430 e Número do Parecer: 5.367.387)

6 RESULTADOS

O presente estudo teve como amostra total 85 usuários de uma clínica escola de nutrição em uma universidade pública localizada em Vitória de Santo Antão - PE. De acordo com a Tabela 1, dos participantes da pesquisa, 87,1% foram do gênero feminino. A maioria dos participantes (49,4%) possuía entre 20 e 30 anos e 41,2% residem na Zona da Mata de Pernambuco. Quanto à escolaridade, 40,0% apresentavam ensino superior incompleto. No que diz respeito ao estado civil, 51,8% eram casados. A maioria dos participantes (50,6%) afirmaram praticar atividade física e 58,8% declararam portar alguma patologia.

Tabela 01. Caracterização de usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública em Vitória de Santo Antão – PE, quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos e da prática atividade física

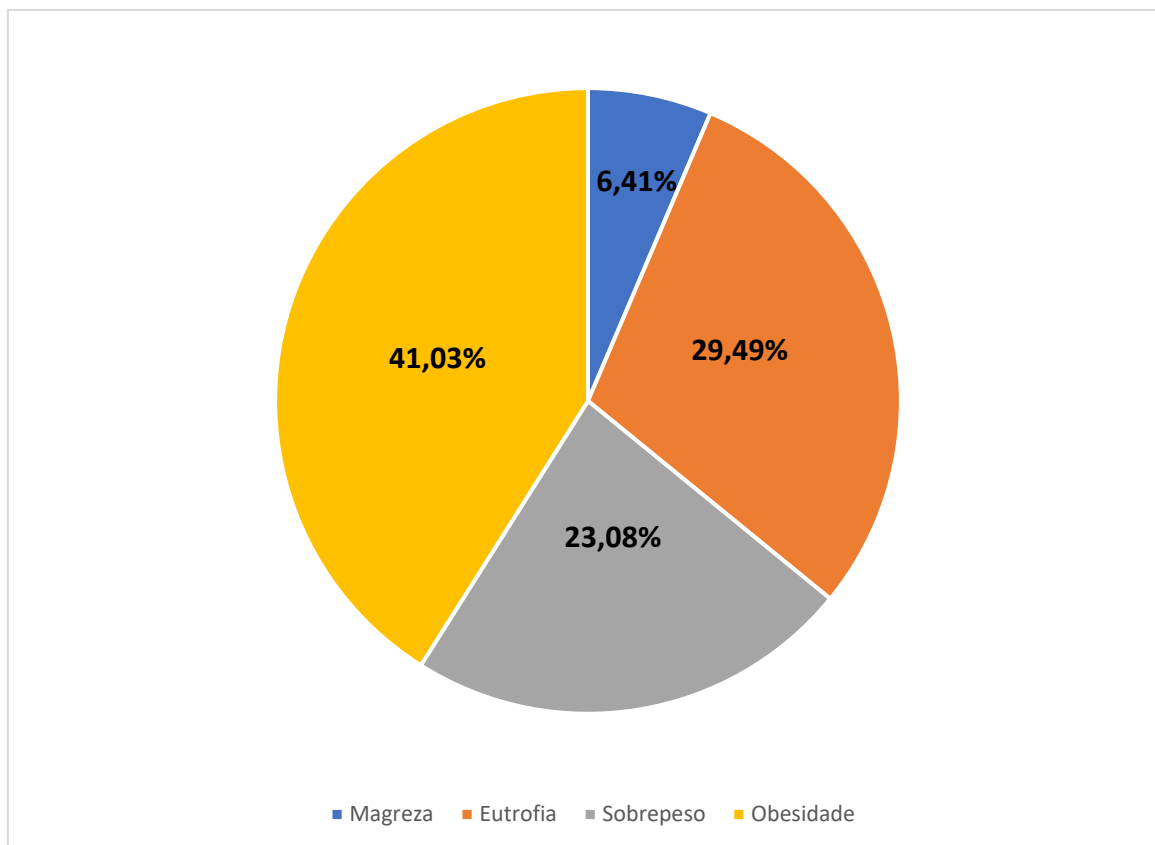
Variáveis	N (%)
Gênero	
Masculino	11 (12,9)
Feminino	74 (87,1)
Faixa etária	
20-30	42 (49,4)
31-40	25 (29,4)
41-50	12 (14,1)
51+	6 (7,1)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	4 (4,7)
Ensino fundamental completo	1 (1,2)
Ensino médio completo	15 (17,6)
Ensino superior incompleto	34 (40,0)
Ensino superior completo	23 (27,1)
Pós graduandos	3 (3,6)
Pós graduados	5 (5,7)
Renda	
1 SM*	17 (20,2)
+ 1 SM*	29 (31,9)

2 a 4 SM*	33 (39,3)
5 ou mais SM*	5 (6,0)
Localidade	
Região metropolitana do Recife	17 (20,0)
Zona da mata	35 (41,2)
Agreste	26 (30,6)
Sertão	7 (8,2)
Outros	7 (8,2)
Estado civil	
Solteiro	38 (44,7)
Casado	44 (51,8)
Divorciado	3 (3,3)
Atividade física	
Pratica	43 (50,6)
Não pratica	42(49,4)
Patologia	
Portador	50 (58,8)
Não portador	35 (41,2)

A autora (2023) *SM = Salário mínimo

Acerca do estado nutricional dos participantes, com base no IMC, 41,03% se classifica com obesidade, e 23,08% com sobrepeso (Figura 1).

Figura 1. Estado nutricional de usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública em Vitória de Santo Antão - PE



A autora (2023)

A tabela 2 apresenta a associação entre o comportamento de risco para transtornos alimentares, variáveis socioeconômicas e atividade física, com o intuito de compreender os possíveis fatores que influenciam nesse comportamento. Os resultados obtidos não evidenciaram nenhuma associação estatisticamente significativa entre o comportamento de risco para transtornos alimentares e as variáveis.

Tabela 02. Associação entre as variáveis demográficas, socio econômicas e atividade física com comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública em Vitória de Santo Antão - PE

Comportamento de risco para transtornos alimentares			
Variáveis	SIM	NÃO	P-valor
	N (%)	N (%)	
Gênero			1,000 ²
Masculino	9 (81,8)	2 (18,2)	

Feminino	57 (77,0)	17 (23,0)
Faixa etária		0,703 ²
20-45	58 (78,4)	16 (21,6)
45-60	8 (72,7)	3 (27,3)
Escolaridade		1,000 ²
Ensino médio incompleto	3 (75,0)	1 (25,0)
Ensino médio completo e superior	62 (77,5)	18 (22,5)
Ensino médio completo		0,570 ²
Sim	61 (76,2)	19 (23,8)
Não	4 (100)	0 (0,0)
Ensino fundamental completo		1,000 ¹
Sim	24 (77,4)	7 (22,6)
Não	42 (77,8)	12 (22,2)
Renda		0,614 ²
1 SM*	14 (82,4)	3 (17,6)
+ 1 SM*	24 (82,8)	5 (17,2)
2 a 4 SM*	23 (69,7)	10 (30,3)
5 ou mais SM*	4 (80,0)	1 (20)
Localidade		0,764 ²
Região metropolitana do Recife	13 (76,5)	4 (23,5)
Zona da mata	29 (82,9)	6 (17,1)
Agreste	19 (73,1)	7 (26,9)
Sertão	0 (0,0)	0 (0,0)
Outros	5 (71,4)	2 (28,6)
Estado civil		0,381 ²
Solteiro	27 (71,1)	11 (28,9)
Casado	36 (81,8)	8 (18,2)
Divorciado	3 (100)	0 (0,0)
Atividade física		1,000 ¹
Pratica	33 (76,7)	10 (23,3)
Não pratica	33 (78,6)	9 (22,4)

*SM = Salário mínimo

A autora (2023)

¹ p-valor do teste qui-quadrado para independência pela correlação de person;

² p-valor do teste qui-quadrado para independência pelo Exato de Fisher;

Na associação entre comportamento de risco para transtornos alimentares e as várias patologias (tabela 3), os resultados indicam que não há diferença estatisticamente significativa entre possuir ou não possuir alguma patologia em relação ao comportamento de risco para transtornos alimentares.

Tabela 03. Associação entre a presença das patologias com comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública em Vitória de Santo Antão – PE

Variáveis	SIM N (%)	NÃO N (%)	P-valor
Pedra na vesícula			1,000 ²
Sim	1 (100)	0 (0,0)	
Não	65 (77,4)	19 (22,6)	
Cálculo renal			1,000 ²
Sim	1 (100)	0 (0,0)	
Não	64 (77,1)	19 (22,9)	
Doenças cardiovasculares			0,224 ²
Sim	0 (0,0)	1 (100)	
Não	66 (78,6)	18 (21,4)	
Rinite			1,000 ²
Sim	2 (100)	0 (0,0)	
Não	64 (77,1)	19 (22,9)	
Doença Crônica Transmissível			1,000 ²
Sim	17 (77,3)	5 (22,7)	
Não	49 (77,8)	14 (22,2)	
Ansiedade			0,330 ²
Sim	6 (100)	0 (0,0)	
Não	60 (75,9)	19 (24,1)	

Cisto			1,000 ²
Sim	3 (100)	0 (0,0)	
Não	63 (77,8)	19 (22,4)	
Mioma			0,537 ²
Sim	2 (66,7)	1 (33,3)	
Não	64 (78,0)	18 (22,0)	
Doenças tireoidianas			0,330 ²
Sim	6 (100)	0 (0,0)	
Não	60 (75,9)	19 (24,1)	
Anemia			0,571 ²
Sim	4 (100)	0 (0,0)	
Não	62 (76,5)	19 (23,5)	
Doenças no Trato Gastrointestinal			0,612 ²
Sim	4 (66,7)	2 (33,3)	
Não	62 (78,5)	17 (21,5)	
Síndrome dos ovários policísticos			0,571 ²
Sim	4 (100)	0 (0,0)	
Não	62 (76,5)	19 (23,5)	
Depressão			1,000 ²
Sim	2 (100)	0 (0,0)	
Não	64 (77,1)	19 (22,9)	
Asma			0,124 ²
Sim	1 (33,3)	2 (66,7)	
Não	65 (79,3)	17 (20,7)	
Artrose			0,399 ²
Sim	1 (50)	1 (50)	
Não	65 (78,3)	18 (21,7)	
Labirintite			0,399 ²
Sim	1 (50)	1 (50)	
Não	65 (78,3)	18 (21,7)	
Endometriose			0,399 ²
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	
Não	65 (78,3)	18 (21,7)	

A autora (2023)

² p-valor do teste qui-quadrado para independência pelo Exato de Fisher;

Na tabela 4 é possível observar que, para a maioria das variáveis, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao comportamento de risco para transtornos alimentares. No entanto, as associações dos grupos com sobrepeso e sem, foram considerados estatisticamente significativos, com p-valor de 0,013. É importante ressaltar que a associação entre magreza e comportamento de risco para transtornos alimentares apresentou significância limítrofe com p-valor de 0,072.

Tabela 04. Associação do estado nutricional e comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública em Vitória de Santo Antão – PE

Variáveis	SIM N (%)	NÃO N (%)	P-valor
Magreza			0,072 ²
Sim	2 (40,0)	3 (60,0)	
Não	64 (80,0)	16 (20)	
Eutrofia			0,141 ¹
Sim	15 (65,2)	8 (34,8)	
Não	51 (82,3)	11 (17,7)	
Sobrepeso			0,751 ²
Sim	15 (83,3)	3 (16,7)	
Não	51 (76,1)	16 (23,9)	
Obesidade			0,112 ¹
Sim	28 (87,5)	4 (12,5)	
Não	38 (71,7)	19 (22,4)	
Sem excesso de peso			0,013 ¹
Sim	17 (60,7)	11 (39,3)	
Não	49 (86,0)	8 (14,0)	
Com excesso de peso			0,013 ²
Sim	49 (86,0)	8 (14,0)	

Não	17 (60,7)	11 (39,3)
-----	-----------	-----------

A autora (2023)

¹p-valor do teste qui-quadrado para independência pela correlação de person;

²p-valor do teste qui-quadrado para independência pelo Exato de Fisher;

7 DISCUSSÃO

No estudo em questão, a maioria dos usuários atendidos na clínica escola de Nutrição eram mulheres e se classificavam com excesso de peso, embora a maior parte referiu praticar atividade física.

A respeito da associação entre o estado nutricional e o comportamento de risco para TA, foi percebido a associação limítrofe com a variável magreza e houve associação com os indivíduos sem e com excesso de peso. Tal resultado pode ser atribuído a maior insatisfação corporal, podendo estar associado a cultura fitness que tem predominado ultimamente, enfatizando um tipo de corpo dito como belo e saudável, com formas e tamanhos determinados e que pode ocorrer independente do estado nutricional (DE SOUZA FERREIRA, 2020). Canali (2021) traz que o desejo de alcançar o padrão de beleza atual e a impossibilidade de transformá-lo em realidade gera um conflito que produz insatisfação com a imagem corporal e aumenta os riscos para o desenvolvimento de TA.

Oliveira *et al.* (2019) em seu trabalho sobre comportamento alimentar e imagem corporal em adultos jovens relata que a maioria dos participantes de sua pesquisa, estando elas no início ou no final do curso de nutrição, apresentaram insatisfação com a imagem corporal seja por magreza ou excesso de peso. Ademais, é relatado no estudo que indivíduos insatisfeitos com a imagem por excesso de peso apresentam alto risco de restrição alimentar e obsessão pela perda de peso. O autor também traz que a insatisfação corporal se associou com a maior prevalência de comportamento de risco para TA. Além disso, sabe-se que o comportamento de risco para TA também pode ter influência do medo de engordar e do desejo constante de perder peso (FORTES *et al.*, 2015).

Corroborando ainda com nossos achados, trabalho de Ribeiro (2017) que trata o risco do desenvolvimento de TA em modelos, destacando que 60,9% (n=42) das modelos são classificadas como eutróficas, porém a maior parte deste grupo almeja um corpo equivalente ou ainda mais magro, o que pode explicar os resultados obtidos no presente estudo em relação aos indivíduos sem excesso de peso.

Estudo de Barbosa (2022) que pesquisou a prevalência de insatisfação corporal e comportamentos de risco para o desenvolvimento de TA entre universitários da área de saúde, observou que apesar da maior prevalência de estado nutricional de eutrofia entre os universitários, 31,2% dos participantes tinham algum grau de insatisfação corporal e 78,5% estavam insatisfeitos pelo excesso de peso e magreza.

É importante ressaltar que a presença de risco para TA não caracteriza diagnóstico de transtornos de ordem alimentar, porém evidencia a suscetibilidade para o desenvolvimento dessas patologias (DE SOUSA DORTES et al., 2016).

O rastreamento eficaz de TA se faz fundamental, para reduzir a incidência de desencadeamento de transtornos alimentares. Com identificação precoce, ações educativas e de educação nutricional podem possam ser desenvolvidas, além do oferecimento de apoio psicológico e nutricional como forma de prevenção, visto que esses transtornos são comumente subdiagnosticados e subtratados (AQUINO, 2023; MAZZAIA, 2018).

Foi possível observar uma grande prevalência das mulheres no estudo em questão. Se aproximando aos nossos achados, recente trabalho que pesquisou a presença de comportamento de risco para TA por meio do questionário de Hay em adultos jovens (n=853), também registrou que a maioria da sua amostra eram mulheres (75% / n=648) (OLIVEIRA; FIGUEREDO; CORDÁS, 2019).

Recente estudo realizado por PAIM; DELL'OSBEL, 2022) que investigou a presença de comportamento de risco para TA utilizando o Eating Attitudes Test (EAT-26) em adultos de uma universidade de saúde, destaca que sua amostra era composta majoritariamente pelo sexo feminino (90,4%/n=319), semelhante aos achados do presente trabalho.

O predominante número de mulheres constatado na presente investigação pode ser justificado por estas tenderem a buscar mais pelos serviços de saúde, como traz (SILVA; TORRES; PEIXOTO, 2022) em estudo que abordou os fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde pela população adulta brasileira, ressaltando que a procura por serviços preventivos foi mais frequente entre o sexo feminino. Tal fato pode ser associado a maior conscientização sobre sua saúde e qualidade de vida, busca de cuidados e prevenção de doenças por meio do sexo, sendo assim, as mulheres acabam buscando mais os serviços de saúde para a realização de exames de rotina e prevenção (TEIXEIRA, 2016).

O nível de escolaridade também pode afetar a procura por serviços de saúde ou atendimento médico, tendo em vista que os indivíduos com elevada instrução parecem fazer melhor uso da informação associada à saúde, no sentido em que a educação fornece maior acesso à informação e melhores competências de pensamento crítico (MARQUES, 2013). Duas edições da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD 2003 e 2008) encontraram menor utilização de serviços

de saúde e menor proporção de consultas médicas em população de menor escolaridade. Esse padrão se assemelha com o presente estudo, reforçando que a educação exercer importante influência no acesso e utilização de serviços de saúde (MALTA, et al., 2017; ALMEIDA, 2017).

Com relação ao estado nutricional, considerando que o excesso de peso envolve o sobrepeso e obesidade, pode-se observar que mais de 60% da população estudada apresentava esse estado nutricional. O excesso de peso se constitui como um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e está associado ao aparecimento de várias complicações, incluindo as cardiovasculares (como hipertensão arterial, insuficiência coronariana, arteriosclerose); as osteomusculares; as respiratórias; as dermatológicas; distúrbios endócrino-metabólicos, dislipidemia e neoplásicas (HORTA, 2013; PAOLACCI et al., 2019).

O excesso de peso é visto como uma relevante questão de Saúde Coletiva (SOUZA et al., 2019) e pode estar relacionado com a transição nutricional. Esse fenômeno ocasiona mudança no padrão alimentar de uma sociedade, estimula um estilo de vida preponderante para o aumento do sobrepeso e obesidade, devido o consumo demasiado de alimentos ultraprocessados, industrializados em grandes quantidades, sendo alto o consumo de alimentos rico em açúcares e gorduras. As práticas alimentares são fatores importantes que irão determinar a saúde e qualidade de vida de cada indivíduo e quando é baseada em alimentos industrializados, ultraprocessados e de baixo valor nutricional, acarretam danos à saúde e ao bem-estar do indivíduo, podendo assim favorecer doenças crônicas não transmissíveis e associada ao aumento das taxas de sobrepeso e obesidade (DOS SANTOS MARTINS, 2019; MARTINS, 2022; SILVEIRA et al., 2017).

No tocante a prática de atividade física, sabemos que sua ausência tem sido apontada como um dos fatores associados ao aumento de indivíduos com sobrepeso e obesidade. Tasca *et al.*, 2018 relacionaram o sedentarismo à inatividade física ou a ausência de práticas esportivas, que podem levar o sistema biológico e cognitivo a se acomodarem com as comodidades da vida moderna. Apesar da prática de atividades físicas ter sido relatado pela maioria dos pacientes, essa variável é uma dentre várias relacionadas ao excesso de peso. Além do desequilíbrio entre consumo e gasto energético, pode ser resultante da interação complexa entres diversos fatores, como hábito de sono inadequado, sexo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, genética, idade e condições médicas (SOUZA et al., 2019; SIQUEIRA, 2019).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

Com base no presente estudo desenvolvido com usuários atendidos na clínica escola do curso de nutrição do CAV/UFPE, foi possível verificar uma importante frequência de comportamento de risco para TA e a presença de excesso de peso, sendo a amostra composta em sua maioria por mulheres adulta-jovens. Apesar da maioria dos usuários ter referido praticar atividades físicas, a essa estratégia de promoção da saúde precisam ser acrescidas outras a exemplo de uma alimentação equilibrada e saudável, hábito de sono adequado, o que reforça a importância de ações de educação em saúde junto a essa população.

No entanto, ao associar o estado nutricional com comportamento de risco para TA, foi constatada significância estatística entre as variáveis, tanto para os indivíduos sem excesso de peso quanto com excesso de peso. Esse achado sugere que independente do estado nutricional, o comportamento de risco para TA é uma realidade preocupante entre os usuários da clínica escola do Curso de Nutrição do CAV/UFPE.

Assim, sabendo que a maior parte dos usuários apresentaram comportamentos disfuncionais em relação a alimentação, ou seja, comportamentos de riscos para TA, torna-se necessário uma avaliação clínica/nutricional mais detalhada por uma equipe multiprofissional para um cuidado e acompanhamento desses indivíduos na busca de uma melhoria na relação com a comida e do estado nutricional.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 51, 2017.
- ALMEIDA, C. C.; ASSUMPÇÃO, A. A. A eficácia do mindful eating para transtornos alimentares e obesidade: revisão integrativa. **Pretextos-Revista da graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 25-36, 2018.
- ALMEIDA, M. G. Para além das crenças sobre alimentos, comidas e sabores da natureza. **Mercator (Fortaleza)**, Ceará, v. 16, 2017.
- ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v. 38, p. 03-07, 2011.
- ALVARENGA, M.S., DUNKER K.L.L., PHILLIPPI S.T. **Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento**. 1ed. Barueri: Manole, 2020.
- ALVARENGA, M; FIGUEIREDO, M; TIMERMAN, F; ANTONACCIO, C. **Nutrição Comportamental**. 2º edição. Manole, 24 de outubro de 2019.
- AQUINO, M. C; BRAZ, W. M; OLIVEIRA, G.F. Avaliação dos transtornos alimentares e seus impactos na qualidade de vida: Uma revisão sistemática da literatura. **ID on line. Revista de psicologia**, Ceará, v. 17, n. 65, p. 276-296, 2023.
- ARATANGY, E. W. et al. Como lidar com a automutilação: guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação. **Hogrefe**, São Paulo, 2017.
- BARBOSA, K. A. **Comportamento alimentar de imigrantes bolivianos portadores de diabetes e hipertensão**. 2020. 137f. Tese de doutorado. Universidade Católica de Santos, Santos, 2020.
- BARBOSA, V. M. Firmo. **Prevalência de insatisfação corporal e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares entre universitários da área de saúde**. 2021. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2021.
- BETONI, F; Z; CENI, G. C.. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 430-440, 2010.
- BRAGA, D. C. A.; COLETRO, H. N.; FREITAS, M. T. de. Nutritional composition of fad diets published on websites and blogs. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 32, p. 1-8, fev. 2019.
- BROWN, C; MEHLER, P. S. Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: an update on some critical aspects. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, New York, v. 20, n. 4, p. 419-425, 2015
- CANALI, Paula et al. Distúrbio de imagem corporal e transtornos alimentares em universitários da área da saúde. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 15, n. 93, p. 244-250, 2021.
- CÂNDIDO, A. P. C.; CARMO, C. C.; DE LIMA PEREIRA, Priscila Moreira. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 3 e 4, 2014.
- CARVALHO, P. H. B. et al. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, p. 108-114, 2013

COPETTI, A. V. S.; QUIROGA, C. V. A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 161-177, 2018.

CORDEIRO, R.; SALLES, M. B.; AZEVEDO, B. Benefícios e malefícios da dieta low carb. **Revista Saúde em Foco**, São Paulo, v. 9, p. 714-722, 2017

COSTA, A. N.; LIMA, N. V.; PEGOLO, G. E. Insatisfação corporal e rastreamento do risco para Transtornos Alimentares em adolescentes. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v. 13, n. Supl 1, p. 16-26, 2016.

FAZELI, P. K.; KLIBANSKI, A. Effects of anorexia nervosa on bone metabolism. **Endocrine reviews**, Oxônia, v. 39, n. 6, p. 895-910, 2018.

FERREIRA, J. E.; DA VEIGA, G. V. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. **Appetite**, London, v. 51, n. 2, p. 249-255, 2008.

FORTES, L.; FERREIRA, M. E. C.; AMARAL, A. C. S. Comportamento alimentar em adolescentes de Juiz de Fora. **Psicologia em Revista**, Juiz de Fora, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2016.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 24, p. 34-38, 2002.

GIBSON, D.; WORKMAN, C.; MEHLER, P. S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Psychiatric Clinics**, v. 42, n. 2, p. 263-274, 2019

HAY, P. H. The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors: An Australian Community: Based Survey. **J Eat Disord**, Australia. v. 23, p. 371-82, 1998

HORTA, P. M. et al. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, p. 121-129, 2013.

KAUFMAN, A. Alimento e emoção. **ComCiência**, Campinas, n. 145, p. 0-0, 2013.

LEAL, G. V. S. et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Jornal brasileiro de psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 62-75, 2013.

LIMA, R.; NETO, J. A. F.; FARIAS, R. C. P. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 507-522, 2015.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017

MALTEZ, B. G. **A influência de dietas restritivas nos diversos transtornos alimentares em mulheres jovens**. 2016. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014.

MARTINS, A. C. B.; NÓBREGA, R. G. **Avaliação do estilo de vida e hábitos alimentares relacionados à obesidade em adultos da região do Gama**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2022

MARTINS, K. P. et al. Transição nutricional no Brasil de 2000 a 2016, com ênfase na desnutrição e obesidade. **ASKLEPION: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 113-132, 2021.

MATIAS, C. T.; FIORE, E. G. Changes in the eating behavior of nutrition students in a private university. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** São Paulo, SP, v. 35, n. 2, p. 53-66, ago. 2010

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. Epinal: Ubu Editora LTDA-ME, 2018. 567 p.

MAZZAIA, M. C.; SANTOS, R. M. C. Fatores de risco para transtornos alimentares em graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, p. 456-462, 2018.

MEHLER, P. S. et al. Medical complications of bulimia nervosa. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 78, n. 12, p. 672-677, 2017.

MORAES, R. W. de. **Determinantes e construção do comportamento alimentar: uma revisão narrativa da literatura**. 2014. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre..

NARDI, A. E.; DA SILVA, A. G.; QUEVEDO, J. **Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria**. Artmed Editora, 2021

OLIVEIRA, J. ; FIGUEREDO, L.; CORDÁS, T. A. Prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares e uso de dieta "low-carb" em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 183-190, 2020.

OLIVEIRA, T. C. et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em universitárias do curso de nutrição. **Sigmae**, v. 8, n. 2, p. 771-778, 2019.

PAIM, L; DELL'OSBEL, R. S; PEREIRA, F. B. "Comportamentos de risco para transtornos alimentares em universitários da área da saúde do sul do Brasil." **Revista Científica de Unifor**, Minas Gerais, 2022.

PEREIRA, A.M.G.R. Preocupação com o peso e prática de dietas por adolescentes. **Acta Portuguesa de Nutrição**, Porto, p. 14-18, 2016.

QUINTANA, A. B. M.; ASSUMPÇÃO, C. R. L. Diagnóstico e manejo das condições clínicas associadas aos transtornos alimentares. **Transtornos alimentares e obesidade. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed**, p. 195-206, 2006.

RIBEIRO, M.E. **Risco do desenvolvimento de transtornos alimentares em modelos**. 2017. 22 f. Artigo (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017.

SANTANA, C.L.; MELO, T.S.,. **Dietas da moda como estratégia alimentar: efeitos adversos na saúde**. 2020. Monografia (Bacharelado em Nutrição) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2020.

SILVEIRA, Jonas Augusto Cardoso da et al. Associação entre o excesso de peso e o consumo de alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas por diferentes grupos vegetarianos. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 4, p. 431-441, 2017.

SIQUEIRA, F.V. et al. Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 138-145, 2019.

SOUSA, A. P.M. et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos nas capitais e no Distrito Federal, Brasil, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.

SOUZA, M. A. A. et al. Incidência da síndrome do comer noturno e compulsão alimentar em estudantes de nutrição. **Saúde e Pesquisa**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 15-23, 2017.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J. S. N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, p. 693-704, 2006.

TOMAZ, R.C. et al. Corpo padrão: um estudo sobre as concepções do corpo feminino exposto pela mídia. **Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal**, Cariri, v. 7, n. 10, p. 120-145, 2020.

WITT, J.S.G.Z.; SCHNEIDER, A.P. Nutrição Estética: valorização do corpo e da beleza através do cuidado nutricional. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.16, n. 9, p. 3909-3916, set. 2011.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
CURSO DE NUTRIÇÃO

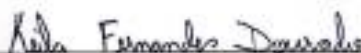
CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Maria Mylena Moraes Nascimento, a desenvolver o seu projeto de pesquisa "Rastreamento de comportamentos de risco para Transtornos Alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública" que está sob a orientação da Profa Cybelle Rolim de Lima, cujo objetivo é investigar a frequência de comportamentos de riscos para transtornos alimentares em usuários de uma clínica escola de Nutrição em uma Universidade Pública, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos dados de fichas/prontuários para serem utilizados na referida pesquisa.

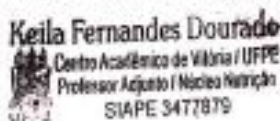
Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 07/ 02/ 2022.



Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição


Keila Fernandes Dourado
Centro Acadêmico de Vitória / UFPE
Professor Adjunto / Núcleo Nutrição
SIAPE 3477879

ANEXO B – QUESTIONÁRIO HAY

NOME: _____ IDADE: _____ DATA: _____

Escola: _____ Série: _____ Id: _____

1 - Eu gostaria de perguntar sobre episódios de comer excessivamente que você possa ter tido recentemente. Quando falo comer excessivamente ou compulsão alimentar, estou querendo dizer: comer uma grande quantidade de comida de uma só vez e ao mesmo tempo sentir que o ato de comer ficou fora do seu controle naquele momento (isto quer dizer que você não poderia se controlar em relação ao ato de comer demais, ou não poderia parar de comer uma vez que tivesse começado).

Nos últimos 3 meses, quantas vezes você comeu da forma como está descrito acima?

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

2 - Esta pergunta é sobre vários métodos de controle de peso que algumas pessoas utilizam.

Nos últimos 3 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

Laxativos (são remédios que provocam diarreia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso?

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana

Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar?

- ☐ nenhuma vez
- ☐ menos que uma vez por semana
- ☐ uma vez por semana
- ☐ duas ou mais vezes por semana