



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

VANIGLEIDSON SILVA DO NASCIMENTO

**RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E POSSÍVEIS
ASSOCIAÇÕES COM O RISCO DE SUICÍDIO E SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE
SAÚDE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

VANIGLEIDSON SILVA DO NASCIMENTO

**RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E POSSÍVEIS
ASSOCIAÇÕES COM O RISCO DE SUICÍDIO E SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE
SAÚDE**

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

Orientador: Prof^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Coorientador: Prof^a Joanna D'arc de Souza Cintra

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

VANIGLEIDSON SILVA DO NASCIMENTO

**RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E POSSÍVEIS
ASSOCIAÇÕES COM O RISCO DE SUICÍDIO E SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE
SAÚDE**

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

Aprovado em: 31/10/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Galdino de Albuquerque Perreli (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Lisiane dos Santos Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Msc. Girliani Silva de Souza (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: Identificar o risco de transtornos alimentares e suas possíveis associações com o risco de suicídio e sintomas depressivos em universitários de cursos do Centro Acadêmico de Vitória. **Métodos:** Estudo de corte transversal, quantitativo, no qual usou-se o “Eating Atitudes Test -26” (EAT-26) e o “Bulimic Investigatory Test of Edimburgh” (BITE) para identificação do risco para transtornos alimentares. Para o rastreamento de sintomas depressivos, o Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D) e o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) - módulo C – para identificação do Risco de Suicídio. Todos os participantes responderam a um questionário contendo informações biodemográficas para classificação econômica da amostra. **Resultados:** A frequência para o risco de transtornos alimentares foi de 7,4% segundo o EAT-26 e 29,1% tinham sintomas de bulimia nervosa. 17,3% foram sintomáticos para depressão maior; 13,6% tinham algum grau de risco de suicídio, destes, 7,4% foram considerados com risco de suicídio leve; 0,7% com risco moderado e 5,5% com risco alto de suicídio. Houve correlação entre o risco para transtornos alimentares e risco de suicídio ($p < 0,001$). **Conclusão:** Universitários com risco para os TA, bem como os que possuem sintomatologia sugestiva para depressão tem uma maior probabilidade de desenvolverem o risco de suicídio.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação; depressão; risco de suicídio.

ABSTRACT

Objective: To identify the risk of eating disorders and their possible associations with the risk of suicide and depressive symptoms in university students of the Centro Academico de Vitória. **Methods:** A cross-sectional, quantitative study using the Eating Attitudes Test -26 (EAT-26) and the Bulimic Investigatory Test of Edimburgh (BITE) for the identification of risk for eating disorders. For the screening of depressive symptoms, the Hamilton Self-Assessment Questionnaire for Depression (QAEH-D) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) - module C - for the identification of Suicide Risk. All participants answered a questionnaire containing biodemographic information for economic classification of the sample. **Results:** The frequency of eating disorders was 7.4% according to EAT-26 and 29.1% had bulimia nervosa symptoms. 17.3% were symptomatic for major depression; 13.6% had some degree of suicide risk, of these, 7.4% were considered at risk of mild suicide; 0.7% with moderate risk and 5.5% with high risk of suicide. There was a correlation between risk for eating disorders and risk of suicide ($p < 0.001$). **Conclusion:** College students at risk for AT, as well as those with suggestive symptomatology for depression are more likely to develop the risk of suicide.

Keywords: Eating disorders; depression; risk of suicide.

SUMÁRIO

ARTIGO	7
INTRODUÇÃO	7
MATERIAIS E MÉTODOS	9
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	13
REFERÊNCIAS	18
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA	22

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **BRASILEIRA DE PSQUIATRIA**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a sociedade ocidental impõe e estigmatiza padrões de beleza há algumas décadas, de forma que levam a rejeitar pessoas gordas ou simplesmente acima do peso, esta é uma das razões que pode gerar sentimentos de desprezo e descontentamento com o próprio corpo, surgindo o medo de engordar^{1,3,9}.

A mídia tem sido o mais poderoso aliado na missão de estabelecer que o protótipo de beleza e saúde seja um corpo magro ou até mesmo esquelético. Isso tem aumentado a valorização do peso e forma corporal, principalmente no público feminino. Consequentemente, os indivíduos são levados a realizarem práticas que podem comprometer a saúde de forma severa, tais como exercícios físicos em excesso e, dietas radicais com a finalidade de encontrar o “corpo perfeito”².

A frequente descrição da insatisfação corporal e das altas taxas de suicídio nos últimos anos, fez com que um segmento da literatura científica entendesse os Transtornos Alimentares (TA) como parte dos transtornos psiquiátricos, mas até então, sem uma causa pré-estabelecida^{3,4,6}.

Os TA são transtornos psiquiátricos graves, de origem multifatorial caracterizados por alterações no comportamento alimentar, tendo como principais subtipos a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN)²⁻⁴. Apresentam elevados índices de mortalidade, incapacidade, morbidade física e psicológica, além de associação com a redução da qualidade de vida^{5,6,10}. Assim, necessitam de uma enorme atenção das políticas públicas de saúde, já que pessoas escondem a doença e evitam pedir ajuda profissional⁶.

As mudanças físicas e psicológicas normais na adolescência podem fazer com que se desenvolvam indicadores de TA, em especial da AN e da BN, em razão da imaturidade cognitiva para se adaptar às mudanças fisiológicas do organismo⁷. Muitos casos diagnosticados estão intimamente ligados a altas taxas de mortalidade – 15% desses pacientes vêm a óbito⁸⁻¹⁰. Estudos destacam que, dentre outros fatores, a presença de TA pode contribuir para o risco de suicídio¹¹. O suicídio é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre os adolescentes e jovens adultos, pois esses períodos são caracterizados por uma ascensão de riscos e comportamentos imprudentes¹².

Diversas correlações sobre o risco de suicídio têm sido publicadas na literatura, dentre as quais, incluem histórico familiar de suicídio, uso de substâncias químicas, maus tratos na infância e transtornos psiquiátricos, com destaque para o transtorno de humor, TA (principalmente AN e BN) e sintomatologia positiva para depressão maior. Todavia, dentre todos os transtornos psiquiátricos, os TA parecem levar a um maior risco de suicídio quando comparados a outros transtornos de cunho psiquiátrico¹³. As

prevalências de depressão são mais altas em todos os tipos de TA do que na população em geral^{14,17}.

Há estimativas de que 15 % a 25 % dos universitários apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico no decorrer de sua formação acadêmica^{12,17}. No entanto, poucos são os estudos que consideram esse público nos levantamentos epidemiológicos. Dessa maneira, considera-se necessária a realização de trabalhos para avaliar tais comorbidades, devido à escassez de estudos sobre transtornos psiquiátricos e risco de suicídio na população universitária na região nordeste, ficando clara a existência de lacunas no que se refere à relação entre o risco de suicídio com a presença de sintomas de depressão relacionados aos TA. Assim, os objetivos deste estudo foram: determinar o risco de transtornos alimentares e suas possíveis associações com o risco de suicídio e sintomas depressivos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal que foi desenvolvido em uma Universidade pública do interior de Pernambuco. A amostra deste estudo foi composta por universitários de ambos os sexos de cursos de saúde com idade igual ou superior a 18 anos. O tamanho populacional total era de 1525 estudantes e após o uso do programa EPI-INFO para o cálculo amostral foi encontrado um n de 245. Após adicionarmos 10% para o caso de eventuais perdas, a amostra final foi de 271 universitários. A seleção dos alunos foi feita de forma aleatória, por sorteio, mediante a lista de frequência fornecida pela universidade, de modo que o estudante que não estivesse presente e/ou se recusasse a participar era chamado o subsequente.

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2016, nas salas de aula da universidade, no horário do intervalo das aulas. Os graduandos participaram da coleta em seu turno de frequência. Com a finalidade de descrever o perfil socioeconômico da amostra pesquisada foi aplicado o Questionário sociobiodemográfico¹⁹; para o risco de transtornos alimentares foi usado o *Eating Attituds Test-26* (EAT-26)^{20,21}; para detecção e a avaliação da gravidade da bulimia nervosa foi aplicado o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*^{22,23}; O *Mini International Neuropsychiatry Interview* (M.I.N.I. – Versão Brasileira – 5.0.0) - Módulo C – Risco de Suicídio, corresponde a uma entrevista de 15 a 30 minutos de duração, destinada à utilização na prática clínica e em pesquisa, que visa à classificação diagnóstica compatível com os critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* - 4ª edição (DSM-IV). O referido instrumento compreende 19 módulos que avaliam 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, risco de suicídio e transtorno de personalidade antissocial³⁹. No presente estudo, foi avaliado apenas o módulo C – Risco de Suicídio; Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D) que foi desenvolvido na Universidade de Londres a partir da Escala de Depressão de Hamilton (EDH)²⁵; foi traduzido para o português²⁶ e validado na população brasileira²⁷.

Os dados foram registrados em um banco de dados e avaliados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Para a análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva envolveu a obtenção das distribuições absolutas, relativas e das medidas estatísticas: média e desvio padrão,

apresentadas sob a forma de tabelas. As técnicas de estatística inferencial foram utilizadas para analisar a associação entre os grupos observando a presença de diferenças significantes, através do teste de Mann Whitney e do coeficiente de correlação de Spearman, considerando-se sempre um nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (nº do parecer 1.478.011). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na sua versão para maiores de 18 anos.

RESULTADOS

O presente estudo contou com uma amostra de 271 universitários, onde 168 (62%) eram do sexo feminino e 103 (38%) eram do sexo masculino. A idade dos participantes do estudo variou entre 18 e 45 anos, teve como média $21,2 \pm 3,59$ anos e mediana de 20 anos.

Em relação às características socioeconômicas foi identificado que a maioria dos estudantes (43,9%) era de uma classe relativamente mais baixa, o que correspondia à classe E, seguido das classes C e D com 24,4% e 28%, respectivamente, e em menor percentual, as classes A e B com 2,2% e 0,7 %, respectivamente. Apenas 2 participantes não informaram seu nível de renda, logo, não foi possível classificá-los em nenhuma das classes citadas, apesar disso, esses indivíduos não foram excluídos da pesquisa, uma vez que a ausência dessas informações não compromete o objetivo geral do estudo. A

distribuição dos estudantes não foi uniforme devido ao fato do curso de Educação Física ser oferecido nas modalidades licenciatura e bacharelado; assim sendo, obtivemos o seguinte percentual: Educação Física 47,2%; Enfermagem 23,2%; Nutrição 15,5% e Ciências Biológicas 14%.

A frequência de universitários com risco de sintomas de TA segundo o EAT-26 foi de 7,4% (n=20). Conforme a escala de sintomas BITE, 29,1% dos pesquisados tinham sintomas de bulimia nervosa, dos quais, 24,7% (n=67) obtiveram escore médio; enquanto 4,4% (n=12) tinham escore elevado. Na escala de gravidade BITE, 92,6% dos pesquisados tiveram um escore não significativo, 6,3% (n=17) clinicamente significativo e 1,1% (n=3) obtiveram escore de gravidade elevada.

Com relação ao risco de suicídio, foi observado segundo a escala MINI, que 86,3% dos pesquisados não pontuaram na escala, logo foram considerados sem risco de suicídio; 13,6% (n=37) obtiveram escores entre 1 e ≥ 10 , destes, 7,4% (n=20) foram considerados com risco de suicídio leve; 0,7% (n=2) com risco moderado e 5,5% (n=15) com risco alto de suicídio.

No presente estudo constatou-se que 17,3% (n=47) tinham sintomatologia positiva para depressão maior segundo a escala QAEH-D. Na tabela 1 estão descritos os principais resultados das prevalências obtidas no estudo, bem como a distribuição dos universitários da pesquisa de acordo as escalas EAT-26, BITE sintomatologia, BITE gravidade, QAEH-D e MINI.

Após o cruzamento dos dados com a utilização do coeficiente de correlação de Spearman foi possível observar que houve significância

estatística entre as principais variáveis analisadas, de modo que ao cruzar os escores da escala MINI (risco de suicídio) e da escala EAT-26 (risco de TA) encontrou-se um coeficiente de correlação de 0,200 ($p=0,001$); houve também diferença estatística para o risco de suicídio entre universitários com sintomas de BN em ambas escalas BITE (sintomatologia e gravidade) em relação àqueles que não pontuaram na escala ($p=0,001$; $p<0,001$ respectivamente); além disso foi visto também que houve correlação entre o risco de suicídio (MINI) e sintomas de depressão maior (QAEH-D), onde o coeficiente de correlação para esse cruzamento foi de 0,360 ($p<0,001$). Os resultados da correlação entre as variáveis segundo os achados clínicos estão descritos na tabela 2. Ao cruzar as variáveis de acordo com o sexo, foi visto que indivíduos do sexo feminino têm maiores chances de desenvolverem o risco para os TA ($p<0,001$). Na tabela 3 está descrita essa associação.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou averiguar se o risco de transtornos alimentares está associado com o risco de suicídio e sintomas depressivos em universitários do Centro acadêmico de Vitória, e foi visto que existem fortes associações entre estas variáveis.

Dos 271 pesquisados, a maioria era do sexo feminino, e foram os indivíduos desse sexo que apresentaram uma maior tendência ao risco de desenvolvimento de TA ($p<0,001$), corroborando outros achados em estudos realizados anteriormente^{1,7,9,10,18}. Indivíduos do sexo feminino são mais propensos a desenvolverem diversos transtornos psiquiátricos, dentre eles os TA, uma vez que desde a adolescência existe uma enorme pressão midiática

sobre essa população, dentre outros fatores como psicológicos, sociais e familiares, que colaboram com a ideação do corpo e forma perfeitos que são impostos pela sociedade^{1,2,4,29}. O desejo de emagrecer com o persistente medo de engordar são os principais responsáveis por desencadear uma preocupação com os alimentos e com as mais diversas maneiras de fazer dieta sem acompanhamento profissional, associada à prática de exercícios físicos na intenção de que haja uma perda de peso perceptível pela sociedade. Além disso, existem outros fatores como transtorno de ansiedade e o distúrbio da autoimagem corporal, que são uns dos pilares que levam ao surgimento de TA⁴⁰.

O presente estudo encontrou uma frequência alarmante para o risco de suicídio na população estudada, e tais resultados corroboram os achados de estudos anteriores^{18,39,40}. As mortes por suicídio vêm crescendo significativamente nas últimas décadas, bem como a tentativa e ideação suicida²⁹; logo, o risco de suicídio é diretamente proporcional à ideação suicida, pois quanto maior o desejo de morte e maior o poder de letalidade do método de escolha, bem como o sentimento de desesperança e descontentamento com a vida, maiores as chances de um indivíduo desenvolver o comportamento suicida²⁵. É consensual de que não há apenas um fator que responda a tentativa bem como ao suicídio propriamente dito, e, portanto, o suicídio é tido como um fenômeno complexo, multidimensional e multifatorial, tendo como principais fatores de risco o suicídio prévio, fatores genéticos, sociais, transtornos psiquiátricos, em destaque a sintomatologia positiva para depressão maior e TA³³.

Foi possível constatar também que quase 1/5 dos pesquisados foram sintomáticos para depressão corroborando com outros estudos em populações de universitários e adolescentes^{18,35,36}. Segundo a Organização Mundial de Saúde a depressão vem ocupando posições de destaque no quadro dos problemas de saúde pública. Embora ela possa ocorrer em diversos episódios ou uma vez só em toda a vida, considera-se como um problema crônico que traz mais afecções para a saúde humana do que problemas como diabetes ou insuficiência cardíaca. Simultaneamente, o suicídio também tem recebido destaque na saúde pública e despertando o interesse de pesquisadores em todo o mundo das mais diferentes áreas da ciência^{27,35}.

Foi possível observar no presente estudo que houve como já era esperada, uma correlação positiva entre sintomatologia depressiva e risco de suicídio, pois a relação entre suicídio e depressão é tão estreita, que existem autores que consideram o suicídio como sendo uma consequência exclusiva da depressão, ou ainda um sintoma da mesma^{31,34,36,37}. Além disso, a ideação suicida é frequentemente considerada como sendo um dos sintomas característicos do transtorno depressivo³². A depressão e o risco de suicídio têm tido uma crescente prevalência nos estudos mais recentes sobre a temática. Tais achados mostram o quanto esse número é preocupante dentro das universidades principalmente na área da saúde, tendo maior prevalência no ciclo básico dos mais diferentes cursos da referida área^{28,34}.

Com relação à presença do risco de suicídio e o risco para TA, foram observadas significantes associações na população estudada em ambas as escalas de rastreamento (EAT-26 e BITE), todavia foi possível notar que essa

associação foi maior ainda naqueles indivíduos que apresentaram sintomas de BN quando comparados aos que pontuaram positivamente na escala EAT-26.

Está bem documentado que nos pacientes com AN as taxas de suicídio são mais elevadas quando comparadas aos portadores de BN^{3,6,39}, visto que mesmo os anoréxicos tentando menos, morrem mais devido às complicações sistêmicas causadas pela AN. Já os bulímicos tentam mais suicídio tendo em vista a impulsividade característica desse transtorno, porém essas tentativas geralmente não são efetivas. Esses são alguns dos fatores que podem explicar a correlação encontrada neste estudo em ambas escalas BITE (sintomatologia e gravidade) com o risco de suicídio, tal relação é ainda mais estreita naqueles indivíduos que pontuaram positivamente na escala de gravidade BITE ($p < 0,001$). Os pacientes com BN evitam métodos mais letais: tentam suicídio através da inalação de substâncias, overdose de drogas entre outros, para que dessa forma não passem por situações dolorosas^{13,34,37}. Porém, isto não quer dizer que o risco de suicídio pode ser encontrado apenas em pacientes com TA, pois o suicídio é uma das principais causas de mortalidade e morbidade entre os adolescentes e jovens adultos, já que esses períodos são caracterizados por uma sensibilidade aumentada, incluindo a assunção de riscos e comportamentos imprudentes, de modo que o risco e ideação suicida podem estar relacionados a outros fatores psicossociais, tornando-o um problema multifatorial¹².

Têm sido observado que os TA parecem levar a um maior risco de suicídio quando comparado com a maioria de outros transtornos psiquiátricos, pois na AN e BN as taxas de suicídio são elevadas, e dentre os mais diversos

fatores associados, os que mais se destacam são os transtornos de origem psiquiátrica e dependência química^{18,40}.

As limitações desse estudo estão relacionadas ao fato dos dados serem referentes a um centro específico de ensino superior, não podendo assim contemplar todos os universitários da região. Sendo assim, sugere-se estudos maiores para que seja possível examinar mais a fundo essas comorbidades, uma vez que mesmo se tratando apenas de avaliação de risco, foram encontradas associações importantes mesmo em indivíduos não diagnosticados.

Este estudo contribui positivamente para a literatura ao avaliar a presença das comorbidades entre risco de suicídio, risco de transtornos alimentares e sintomas depressivos uma vez que necessita-se de uma atenção especial ao público universitário principalmente da região nordeste onde há carência de estudos com essa temática¹⁸.

No campo da pesquisa sobre comportamento suicida, os estudos têm tido caráter rotineiro e produziram um panorama de fatores claramente associados ao risco de suicídio, sem, no entanto, oferecer uma fundamentação teórica convincente e consistente para os achados. Estes fatores, na maioria das vezes, podem ser tomados apenas como correlações³⁴. Dessa forma, mediante os dados obtidos na presente pesquisa, juntamente com os achados na literatura, permite-nos afirmar que universitários com risco para os TA, bem como os que possuem e sintomatologia positiva para depressão tem uma maior probabilidade de desenvolverem o risco de suicídio. Deste modo, faz-se necessário que a identificação de fatores de risco e de proteção seja seguida de teorias que possam, de forma abrangente, integrar os novos achados ao corpo de conhecimento teórico que procura compreender o comportamento humano. Por conseguinte, sugere-se que universitários sintomáticos para

depressão maior e com comportamento alimentar inadequado sejam investigados, a fim de minimizar as chances de esses indivíduos desenvolverem o risco para o suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Ximenes R. Transtornos alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência.[Tese]. Recife:Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
2. Romaro RA, Itokazu FM. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *PsicolReflexCrit.* 2002; 15:407-12.
3. Souza AA, Souza JS, Hirai ES, Luciano HA, Souza N. Estudo Sobre a Anorexia e Bulimia Nervosa em Universitárias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2011; 27: 195-98.
4. Fabbri AD, Deram S, Kerr DS, Cordás TA. Ghrelin and Eating Disorders. *ArchivesofclinicalPsychiatry.*2015; 42: 52-62.
5. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *Int J EatDisord.*2009;42:97–103.
6. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders.*CurrentOpinion in Psychiatry.* 2006; 19: 389-94.
7. Gonçalves JA, Moreira EA, Trindade EB, Fiates GM. Eating disorders in child hood and adolescence. *Rev Paul Pediatr.* 2013;31:96-103.
8. Castro JM, Goldstein, SJ. Eating attitudes and behaviors of preandpost-puberal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiol. Behav.* 1995; 1: 5-23.
9. Ximenes RC, Couto GB, Sougey EB. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int. J. Eat. Disord.* 2010; 43: 59-64.
10. Bertulino TA, Ximenes RC, Holanda MA, Melo MG, Sougey EB, Couto GB. Association between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in a representative sample of adolescents in Recife – Brazil.*Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2012; 3: 154-58.

11. Marcinko D, Bilic V. Family therapy as addition to individual therapy and psychopharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history. *Psychiatr. Danub.* 2010; 22: 257-60.
12. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordicjournalofpsychiatry.* 2010; 64: 32-39.
13. Crow S, MD, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. . Are Body Dissatisfaction, Eating Disturbance and Body Mass Index Predictors of Suicidal Behavior in Adolescents? A Longitudinal Study. *J ConsultClinPsychol.* 2010; 76: 887-92.
14. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *J. Am. Acad. ChildAdolesc. Psychiatr.* 1992; 31: 810-18.
15. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *PsycholMed.* 1994;24:859–67
16. Brewerton TD, Lydiard RB, Herzog DB, Brotman AW, O'Neil PM, Ballenger JC. Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *J. Clin. Psychiatr.* 1995; 56: 77-80.
17. Nunes, MA. Transtornos alimentares e obesidade. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
18. Veras J. Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares associados a sintomas depressivos.[Tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
19. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – Em Vigor a partir de 01/01/2015.** Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>. Acessado em: 22 Mai 2015.
20. Garner D, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: na index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1982; 7: 273-79.
21. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RP. Tradução e avaliação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J Bras Psiquiatr.* 2004; 53: 339-46.

22. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Brit. J. Psychiatric.* 1987; 150: 18-24.
23. Cordás TA, Hochgraf PB. O "BITE": Instrumento para avaliação de bulimia nervosa: versão para o português. *J. Bras. Psiquiatr.* 1993; 42: 141-44.
24. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 1967; 6: 278-96.
25. Carvalho TF, Lima MG, Azevedo RC, Caetano, D. Tradução do inglês para o português do Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para a depressão. *J Bras Psiquiatr.* 1993; 42: 255-60.
26. Moraes J. Depressão no hospital: frequência de pacientes deprimidos na clientela de internos do Hospital Lauro Wanderley. [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1996.
27. Nunes MA. Avaliação do impacto de comportamentos alimentares anormais em uma coorte de mulheres jovens no sul do Brasil.[Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
28. Pereira AD, Cardoso FS. Ideação suicida na população universitária: uma revisão de literatura. *Revista E-Psi.* 2015; 5(2): 16-34.
29. Alves E, Vasconcelos FA, Calvo MC, Neves JD. Prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with body image among female adolescents in Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24:503-12.
30. Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld AS, Stewart DE, Caine ED, Conwell Y. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry.* 2008; 19:279-84.
31. Weishaar ME, Beck AT. Clinical and cognitive predictors of suicide. In: Maris R B, Maltzberger J, Yufit R, editors. *Assessment and prediction of suicide.* New York: Guilford; 1992. p. 467-83.
32. Botega NJ, Werlang BS, Cais CF, Macedo MM. Prevenção do comportamento suicida. *Psic.* 2009; 37: 213-20.
33. Vieira K. Depressão e suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico.[Dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba; 2008.

34. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? Rev. Bras. Psiquiatr.[online]. 2009; 31: 18-25.
35. Thaipisuttikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2014; 10: 2097-103.
36. Coutinho AN, Campos RC. Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. Análise Psicológica. 2016; 34:47-59.
37. Bodell LP, Joiner TE, Keel PK. Comorbidity-independent Risk for Suicidal it Increases with Bulimia Nervosa but not with Anorexia Nervosa. Journal of psychiatric research. 2013; 47: 617-21.
38. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22:106-15.
39. Guillaume S, Jaussent I, Olié E, Genty C, Bringer J, Courtet P, Schmidt U. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. PloSone. 2011; 6: 235-42.
40. Runfola CD, Thornton LM, Pisetsky EM, Bulik CM, Birgegard. Self-Image and Suicide in a Swedish National Eating Disorders Clinical Register. Compr Psychiatry. 2014; 55: 439-49.

APÊNDICES

Tabela 1 - Distribuição dos universitários da pesquisa de acordo as escalas MINI, QAEH-D, EAT-26, BITE sintomatologia e BITE gravidade.

	n	%
Total	271	100,0
Escala EAT-26*		
Sem sintomas ou indicativo de TA.	251	92,6
Presença de sintomas ou indicativo de TA.	20	7,4
Escala BITE (Sintomatologia)*		
Presença de comportamento alimentar compulsivo	12	4,4
Comportamento alimentar não usual	67	24,7
Comportamento alimentar normal	192	70,8
Escala BITE (Gravidade)*		
Elevado grau de gravidade	3	1,1
Clinicamente significativo	17	6,3
Ausência de gravidade	251	92,6
Escala QAEH-D*		
Ausência de sintomas depressivos	224	82,7
Presença de sintomas depressivos	47	17,3
Escala MINI*		
Risco de suicídio ausente	234	86,3
Risco de suicídio leve	20	7,4
Risco de suicídio moderado	2	0,7
Risco de suicídio alto	15	5,5

***EAT – Teste de Atitudes Alimentares; BITE – Teste de Investigação Bulímica; QAEH-D – Questionário de Auto-avaliação para Depressão; MINI – Risco de Suicídio.**

Tabela 2 – Resultado da correlação entre as variáveis segundo os achados clínicos.

		MINI	QAEH-D	EAT-26	BITE Sintomatologia	BITE Gravidade
MINI	Spearman	1,000	0,360	0,200	0,254	0,275
	P	-	<,001	0,001	<,001	<,001
QAEH-D	Spearman	0,360	1,000	0,378	0,391	0,355
	P	<,001	-	<,001	<,001	<,001
EAT-26	Spearman	0,200	0,378	1,000	0,418	0,277
	P	0,001	<,001	-	<,001	<,001
BITE Sintomatologia	Spearman	0,254	0,391	0,418	1,000	0,599
	P	<,001	<,001	<,001	-	<,001
BITE Gravidade	Spearman	0,275	0,355	0,277	0,599	1,000
	P	<,001	<,001	<,001	<,001	-

***Obtido através do coeficiente de correlação de Spearman**

Tabela 3 - Resultado da associação entre as variáveis segundo o sexo

	Sexo				p- valor*
	Feminino (n=168)		Masculino (n=103)		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
BITE Gravidade	1,83	2,51	1,69	2,05	0,938
BITE Sintomatologia	8,22	5,48	6,83	4,96	0,028
EAT-26	12,74	7,87	9,82	5,99	<0,001
MINI	0,87	3,43	1,82	6,04	0,874
QAEH-D	6,85	5,59	6,13	5,00	0,426

***Obtido através do teste de Mann Whitney**

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* publica artigos originais, comunicações breves, artigos de revisão, artigos de atualização, editoriais e cartas ao Editor. Sugere-se consultar um número recente da revista para verificar estilo e formato dos artigos. O texto deve ser escrito utilizando espaço duplo, com margens amplas.

Artigos originais, artigos de revisão, artigos de atualização e comunicações breves devem seguir o formato descrito a seguir.

Folha de rosto: Título completo, nomes dos autores, seus departamentos e instituições, incluindo cidade e país de origem. Deve-se incluir também um título abreviado com até 50 caracteres (caracteres e espaços). O nome completo, telefone, fax, e-mail e endereço completo do autor correspondente devem ser informados.

Página 2: Deve conter um resumo estruturado com até 200 palavras, contendo as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Devem ser incluídas de três a cinco palavras-chave selecionadas a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

Texto principal: A Introdução deve ter entre uma e três páginas (não deve incluir uma revisão extensa da literatura) e deve finalizar com uma frase que anuncie claramente os objetivos do estudo.

A seção de Métodos deve incluir informações detalhadas sobre o desenho do estudo, o ambiente de pesquisa, participantes, desfechos clínicos de interesse, análises estatísticas, registro de ensaio clínico, aprovação pelo comitê de ética e procedimentos de obtenção de consentimento informado (deve-se evitar referências a desenhos, métodos ou materiais descritos em outros artigos publicados).

OS RESULTADOS DEVEM SER CLAROS; NÃO É PERMITIDA A REPETIÇÃO DE DADOS NO TEXTO E EM TABELAS/FIGURAS. A DISCUSSÃO NÃO DEVE INCLUIR UMA SEÇÃO À PARTE CHAMADA CONCLUSÃO; AS CONCLUSÕES DO ESTUDO DEVEM SER APRESENTADAS NO ÚLTIMO PARÁGRAFO DO TEXTO.

Agradecimentos: Deve incluir informações sobre bolsas, financiamento e outros tipos de apoio ao estudo. Alguns autores podem desejar prestar agradecimentos a colaboradores que contribuíram de forma significativa para o manuscrito porém não preenchem critérios de autoria. Obter permissão das pessoas citadas é responsabilidade do autor.

Declaração de conflitos de interesse: Cada autor deve declarar potenciais conflitos de interesse em geral, e não apenas relacionados ao presente estudo. Exemplos incluem empregos/cargos atuais ou passados, verbas de pesquisa recebidas, honorários de palestrante, participação acionária, serviço prestado como consultor

ou conselho consultivo de organizações, entre outros. Estudos que, de alguma forma, envolvam empresas farmacêuticas ou outras entidades privadas ou públicas devem descrever claramente o papel dessas organizações no estudo. Além disso, se o estudo, de alguma forma, investiga compostos farmacêuticos, a declaração de conflitos de interesse deve incluir informações sobre quem ou que instituições realizaram as análises estatísticas, além de um e-mail para a possível obtenção do protocolo.

Lista de referências: As referências devem ser limitadas ao menor número possível e devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, conforme o sistema Vancouver. Recomendamos o uso de ferramentas como Reference Manager ou Endnote para apoiar a organização e formatação das referências. As referências no texto, em tabelas e em legendas devem ser identificadas utilizando algarismos arábicos sobrescritos. Referências citadas apenas em tabelas ou figuras devem ser numeradas levando em consideração a primeira citação dos itens no texto.

O estilo apresentado nos exemplos abaixo deve ser observado. Para incluir manuscritos aceitos, porém ainda não publicados, deve-se informar o título abreviado da revista seguido de (in press). Artigos publicados eletronicamente, mas ainda não disponíveis em forma impressa, devem ser identificados por seu número de DOI. Informações sobre manuscritos ainda não aceitos devem ser citadas no texto apenas, como comunicação pessoal. A exatidão das referências é responsabilidade dos autores. Os títulos das revistas devem ser abreviados conforme o Index Medicus.

Exemplos:

Artigo de revista padrão: Listar todos os autores quando forem seis ou menos. Quando forem sete ou mais, listar os primeiros seis e acrescentar "et al.". Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:51-6.

Livro: Gabbard GO. Gabbard's treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Capítulo de livro: Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.

Dissertações e teses: Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tabelas e figuras: Todas as figuras e tabelas devem esclarecer/complementar (e não repetir) o texto, e devem ser limitadas ao menor número possível. Todas as

ilustrações devem ser submetidas em páginas separadas, de acordo com sua ordem de aparecimento no texto, e devem ser numeradas consecutivamente utilizando algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir legendas descritivas e a definição de abreviações utilizadas. Qualquer tabela ou figura extraída de trabalhos já publicados deve ser acompanhada de uma autorização por escrito do atual detentor dos direitos autorais, já no momento da submissão.

Siglas, abreviaturas e símbolos: Todas as siglas e abreviaturas devem ser definidas (expressas por extenso) na primeira ocorrência e também nas legendas de tabelas e figuras. Todas as unidades devem ser apresentadas conforme o sistema métrico. O uso de algarismos romanos deve ser evitado.

Tipos de artigos publicados

Artigos originais: Devem descrever de forma completa, mas tão concisa quanto possível, os resultados de pesquisa original, incluindo informações relevantes para aqueles que desejarem reproduzir o estudo ou avaliar seus resultados e conclusões. Artigos originais não devem ultrapassar 5.000 palavras, sem contar tabelas, figuras e referências.

São permitidas, no máximo, seis tabelas ou figuras e 40 referências. O texto deve ser organizado utilizando as seções Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. As implicações clínicas e as limitações do estudo devem ser explicitadas. Ensaio clínicos randomizados devem ter sido cadastrados em bases de dados on-line (o número de identificação do registro deve ser informado ao final do resumo).