



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

SUAMMY BARROS ARRUDA

USO DE ÁLCOOL E RISCO DE BULIMIA NERVOSA EM ADOLESCENTES

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NÚCLEO DE ENFERMAGEM

SUAMMY BARROS ARRUDA

USO DE ÁLCOOL E RISCO DE BULIMIA NERVOSA EM ADOLESCENTES

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: Tiago Coimbra Costa Pinto.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

SUAMMY BARROS ARRUDA

USO DO ÁLCOOL E RISCO DE BULIMIA NERVOSA EM ADOLESCENTES

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: 17/10/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr. Suzana de Oliveira Mangueira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^º. Dr. Adriano Bento dos Santos (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^º. Msc. Igor Tchaikovsky Mello de Oliveira (Examinador Externo)
Grupo de Neurodinâmica – Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: Determinar a frequência do consumo de álcool e do risco de transtornos alimentares em adolescentes. **Métodos:** A amostra foi composta por 126 adolescentes, de ambos os sexos, de uma escola estadual na cidade de Vitória de Santo Antão, Brasil. Para obtenção dos dados sociodemográficos, foi utilizado um instrumento baseado no Questionário de Classificação Econômica do Brasil. Para identificação de sintomas e gravidade de sintomas de Bulimia, o *Bulimic Test of Edimburgh* – BITE, versão para adolescentes; e para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool, o teste AUDIT. **Resultados:** Observou-se que 37,5% dos adolescentes tinham sintomas positivos para bulimia nervosa. Com relação ao consumo de álcool, 10,3% dos estudantes estavam dentro do grupo de “uso de risco e provável dependência”. De acordo com a avaliação do AUDIT segundo a escala de sintomas do BITE, os dados apontam uma tendência de associação entre o consumo de álcool e sintomas de bulimia nervosa ($p = 0,053$). Dos 37,5% de adolescentes que apresentaram sintomas positivos para bulimia nervosa, 8 se encontram no grupo de “uso de risco à provável dependência” do álcool. **Conclusão:** Adolescentes com risco de transtorno alimentar possuem tendência para desenvolver abuso de álcool.

Palavras-chave: Adolescentes; Alcoolismo; Transtornos alimentares

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of alcohol consumption and the risk of eating disorders in adolescents. Methods: A sample of 126 adolescents of both sexes from a state school in the city of Vitória de Santo Antão, Brazil. To obtain sociodemographic data, an online instrument was used without Brazil's Economic Classification Questionnaire. To identify symptoms and severity of Bulimia symptoms, the Bulimic Edimburgh - BITE Test, version for adolescents; and to identify problems related to alcohol use, the AUDIT test. Results: It was observed that 37.5% of adolescents with positive symptoms for bulimia nervosa. With regard to alcohol consumption, 10.3% of the students in the group "use of risk and probable dependence". According to an AUDIT assessment according to a BITE symptom scale, the data point to a trend of association between alcohol consumption and bulimia nervosa symptoms ($p = 0.053$). Of the 37.5% of adolescents who presented positive symptoms for bulimia nervosa, 8 were in the group of "use of risk to probable dependence" of alcohol. Conclusion: Adolescents at risk for eating disorder tend to abuse alcohol.

Keywords: Adolescents; Alcoholism; Eating Disorders

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAIS E MÉTODOS	10
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO	14
REFERÊNCIAS.....	1 Erro! Indicador não definido.
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	22
APÊNDICE A – TABELAS	24
APÊNDICE B – NORMAS DA REVISTA.....	31

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

A adolescência é um período da vida em que há uma maior propensão ao desenvolvimento da insatisfação com o próprio corpo. Diante de muitas modificações físicas, pressões psicológicas exercidas pelos grupos sociais e de sedução exercidas pelos meios de comunicação, o adolescente frequentemente encontra-se numa busca constante pelo padrão ideal de beleza. Diversas publicações enfatizaram que os adolescentes se apresentam como grupo de risco à ocorrência de transtornos alimentares. Esses indivíduos apresentam-se, em geral, susceptíveis a instabilidades emocionais e insatisfações pessoais, sendo comum a presença de problemas relacionados à autoestima e à aceitação social. Na sociedade ocidental moderna, para alcançar do sucesso, as pessoas muitas vezes se sentem obrigadas a serem bonitas, magras e eficientes^{1,2,5}.

Em virtude do despreparo para enfrentar suas mudanças físicas e psicológicas presentes, o adolescente pode desenvolver doenças como os transtornos alimentares, especialmente a anorexia e a bulimia nervosas. Os transtornos alimentares têm recebido destaque na literatura, devido ao aumento expressivo de sua prevalência e pelas dificuldades de tratamento. Observa-se que grande parte dos casos diagnosticados está frequentemente

associado a altos índices de mortalidade, no qual, cerca de 15% desses pacientes chegam a óbito²⁻⁴.

Pesquisadores identificaram que indivíduos com altos níveis de impulsividade podem desenvolver expectativas relacionadas ao comer, ao consumo de álcool, ou ambos. Indivíduos impulsivos podem ter estas experiências como um alívio temporário da angústia e resposta ao estresse. O ideal de magreza da beleza feminina é apontado como fator de risco para padrões alimentares problemáticos para o sexo feminino⁶. De acordo com Field e colaboradores⁷, há uma grande preocupação sobre peso e forma corporal em homens, contudo essa apreensão é voltada para conseguir músculos mais definidos ou maiores e não a magreza como é frequente entre mulheres.

Em um estudo realizado no Recife com adolescentes de 12 a 16 anos, Ximenes, Couto & Sougey³ encontraram uma prevalência de sintomas de transtornos alimentares em 33,1% entre os adolescentes pesquisados, segundo a escala *Eating Attitudes Test – 26* (EAT-26), utilizada para identificação de atitudes alimentares inadequadas ou não usuais. No mesmo estudo, a prevalência de sintomas de bulimia nervosa, segundo a escala *Bulimic Test of Edimburgh* (BITE), foi de 38,2%.

Com relação às implicações evidenciadas nos transtornos alimentares considerados crônicos, destacam-se o baixo peso, as acentuadas flutuações de peso, as complicações metabólicas – dentre elas, a desnutrição – e as sequelas psicológicas, como o isolamento social, transtornos de ansiedade, humor e estresse, além do desencadeamento do uso de álcool e outras drogas⁸.

Vários problemas sociais e de saúde são desencadeados pelo consumo de álcool e drogas ilícitas em adolescentes. No Brasil, pesquisas epidemiológicas têm sido realizadas com o objetivo de determinar a prevalência do uso de drogas entre adolescentes^{9,10}. Porém, há relativamente poucos estudos brasileiros sobre a prevalência dos transtornos alimentares – seja na população geral, seja em subpopulações específicas – e sobre a relação entre a presença de transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de álcool.

Pesquisas e levantamentos internacionais já têm apontado que mulheres sob risco de desenvolver transtornos alimentares ou já diagnosticadas como tal usam álcool em maior quantidade e frequência, podendo fazê-lo com regularidade e pouco controle, já tendo sido descrita a comorbidade dos transtornos alimentares com o abuso e dependência de álcool¹¹.

Apesar de pouco estudada, a relação do alcoolismo com os transtornos alimentares em adolescentes tem se mostrado frequente nos últimos anos, o que vem ocasionando danos sérios à saúde de jovens no que se refere ao metabolismo do organismo e agressão do trato gastrointestinal. Estas pessoas podem levar transtornos para a sua fase adulta, dentre eles o abuso de álcool¹².

O rastreamento de sintomas de uso excessivo de álcool e de sintomas de transtornos alimentares de forma precoce permite o diagnóstico na fase inicial dessas doenças, favorece a resposta ao tratamento e impede que o adolescente evolua para um adulto cronicamente doente, difícil de tratar e com altos índices de morbidade e mortalidade. No entanto, são escassos os

estudos que avaliam a relação entre o consumo de álcool com a presença de sintomas de transtornos alimentares e a importância do diagnóstico precoce dessas condições. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo determinar a frequência do consumo de álcool e do risco de transtornos alimentares em adolescentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal e de base populacional, desenvolvido na cidade de Vitória de Santo Antão, localizada na zona da mata do Estado de Pernambuco, Brasil. A coleta de dados foi realizada em uma escola pública estadual.

A população estudada foi de adolescentes com idade de 10 a 19 anos, de ambos os sexos. Esta faixa etária foi escolhida em decorrência dos vários estudos que apontam o aumento de pré-adolescentes e adolescentes com sintomas de transtornos alimentares¹.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudantes devidamente matriculados, com idade entre 10 a 19 anos. Foram excluídos os alunos que já participaram de alguma pesquisa prévia relacionada ao objetivo deste estudo ou que apresentavam dificuldade na compreensão dos instrumentos por algum tipo de limitação cognitiva.

Este é um estudo piloto, que utilizou uma amostra por conveniência, com seleção aleatória de participantes. A amostra contou com 136 adolescentes.

Contudo, foram desconsiderados 10 questionários AUDIT por estarem incompletos, sendo assim, a amostra contou com 126 adolescentes.

Para a seleção dos adolescentes foi disponibilizada pela direção da escola uma ata com os nomes e suas respectivas turmas e turnos. A coleta seguiu a ordem dos alunos da lista e caso o aluno não se estivesse presente ou não demonstrasse interesse em participar da pesquisa, o aluno subsequente era chamado.

As coletas de dados foram realizadas nas salas de aula da escola, no horário do intervalo das aulas. Os alunos participaram da coleta em seu turno de frequência após a entrega do termo de compromisso assinado por ele e por seu responsável.

Os dados referentes às informações socioeconômicas e sociodemográficas de cada participante da pesquisa, assim como os dados referentes aos transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa), e ao uso de álcool foram obtidos pelos pesquisadores por meio da utilização de três questionários específicos.

Para descrever o perfil econômico da amostra, foi utilizado o Questionário de Classificação Econômica do Brasil - CCEB¹³, sistema padronizado que avalia a capacidade de consumo de pessoas e famílias, classificando-as em classes econômicas.

Para a identificação de compulsão alimentar e avaliação da gravidade dos comportamentos e aspectos cognitivos associados à bulimia nervosa, foi aplicado o *Bulimic Investigatory Test of Edimburgh* – BITE, traduzido para a língua portuguesa e adaptado para uso em adolescentes brasileiros por

Ximenes e colaboradores¹⁴. Possui uma escala de sintomas com escore de 0 a 30 em 30 itens sim/não, e uma escala de gravidade com 3 itens dimensionais.

Para identificação de problemas relacionados ao uso do álcool, foi utilizado o The Alcohol Use Disorders Identification Test- AUDIT, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde em 1992¹⁵. É composto por 10 questões, que avaliam a quantidade, a frequência de uso do álcool e a embriaguez, os sintomas de dependência e os riscos de consequências negativas. Após somados os valores correspondentes a cada questão, é obtida a pontuação, sendo a pontuação máxima de 40 pontos. O AUDIT foi utilizado para identificação e avaliação do consumo de álcool.

Os dados foram registrados em um banco de dados 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 envolve a obtenção das distribuições absolutas, relativas e das medidas estatísticas: média e desvio padrão, apresentadas sob a forma de figura e tabelas. As técnicas de estatística inferencial foram utilizadas para analisar a associação entre os grupos observando a presença de diferenças significantes, através dos testes exato de Fisher e qui-quadrado de Pearson, considerando-se um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (nº do parecer 236.169). Esta pesquisa trata-se de um estudo

piloto, parte integrante de um estudo maior, portanto, utiliza o comitê do estudo inicial.

RESULTADOS

Os resultados obtidos na pesquisa em questão derivaram do estudo do material pesquisado e da análise dos resultados da pesquisa, com a amostra de 126 participantes. A idade dos adolescentes analisados variou de 10 a 19 anos, teve média e mediana de 15 anos e desvio padrão de 1,85 anos. Após análise dos dados observou que 27 adolescentes (19,9%) tinham de 10 a 13 anos de idade, 58 (42,6%) tinham de 14 a 15 anos e 51 (37,5%) tinham 16 anos ou mais.

De acordo com a Tabela 1, no grupo analisado, a maioria dos adolescentes (81 - 59,6%) eram do sexo feminino. Após análise dos dados presentes na escala de sintomas BITE, observou-se que 37,5% dos pesquisados (51 adolescentes), tinham sintomatologia positiva para bulimia nervosa, destes, 28,7% (39 adolescentes) obtiveram escore médio e 8,8% (12 adolescentes) alcançaram escore elevado.

Com relação ao consumo de álcool, 12,7% dos estudantes estavam dentro do grupo de “uso de risco à provável dependência”, de acordo com a Tabela 2.

Dos 51 (37,5%) adolescentes que apresentaram sintomas positivos para bulimia nervosa, 8 se encontram no grupo de “uso de risco à provável

dependência” do álcool, como observado na Tabela 3. A partir dos 252 questionários (AUDIT, BITE), os dados apontaram uma tendência de associação entre o consumo de álcool e sintomas de bulimia nervosa (valor de $p = 0,053$).

Tendo em vista os resultados expostos, é válido salientar que não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre o transtorno alimentar e o abuso/dependência de álcool, pois, mesmo que a estatística apresente maior frequência de certos casos, tem-se uma probabilidade de ocorrer uma ou outra patologia na ordem do tempo. Nota-se que, a partir deste estudo, não é possível elaborar uma teoria estabelecendo a desordem alimentar como desencadeadora (causa) do abuso/dependência de álcool ou vice-versa.

DISCUSSÃO

Neste estudo foi apontada a existência de uma tendência de associação entre o consumo de álcool e sintomas de bulimia em adolescentes de 10 a 19 anos. Da amostra pesquisada, a maioria dos adolescentes era do sexo feminino. Indivíduos deste sexo apresentaram maior escore para sintomas positivos para bulimia nervosa, corroborando com a literatura^{1,4,7,16}. O padrão da beleza feminina nas últimas décadas estabeleceu a magreza como ideal, sendo assim, as mulheres são submetidas a uma pressão psicossocial maior para apresentarem-se magras desde sua adolescência. E sendo o adolescente susceptível a inconstâncias, referentes à autoestima, aceitação e rejeição, os padrões de beleza influenciam na insatisfação com o próprio corpo e na busca

pelo corpo ideal, levando muitas adolescentes e adultas do sexo feminino a desenvolverem transtornos alimentares como a anorexia e bulimia nervosas¹.

Na bulimia nervosa, o peso e a forma corporal influenciam negativamente a autoavaliação do indivíduo. As mulheres geralmente apresentam o objetivo da magreza. Para isso, podem utilizar métodos nocivos para alcançar o corpo magro, como métodos compensatórios após grande ingestão de alimentos em curto período de tempo, como laxantes e diuréticos, vômitos auto-induzidos, dietas rigorosas e jejum prolongado. Para os homens, o baixo índice de gordura corporal é interessante, porém não a magreza. Indivíduos do sexo masculino geralmente são focados em obter músculos mais desenvolvidos e definidos. O uso de suplementos e anabolizantes dentre homens é tão comum quanto laxantes são para as mulheres. É sugestivo que medidas nocivas para alcançar o corpo ideal são comuns entre ambos os sexos⁷.

A sintomatologia positiva para bulimia nervosa mostrou-se com maior índice nos adolescentes de 14 a 15 anos, concordando com os achados de estudos realizados no Recife^{1,4}. A vida sexual se inicia, em média, entre os 14 a 15 anos na população brasileira. Durante esse período, a preocupação em obter aceitação do parceiro sexual e atingir o corpo perfeito para uma relação satisfatória pode induzir o adolescente ao desenvolvimento de comportamentos patológicos para obter o corpo desejado⁴.

Com relação ao uso do álcool, foi possível observar, através da análise dos dados obtidos nesta pesquisa, que 12,7% da amostra está dentro do grupo de uso de risco a provável dependência e os adolescentes com 16 anos ou mais

estão em maior número neste mesmo grupo. O álcool é uma droga encorajada pela sociedade e o seu consumo é estimulado desde os 10 anos de idade. É sabido que grande quantidade de adolescentes faz uso do álcool. Nos EUA, 4,6% dos adolescentes com 12 a 17 anos são dependentes do álcool, aproximadamente¹⁷.

Também foi possível observar que adolescentes do sexo feminino predominaram dentro do grupo de risco à provável dependência (11 mulheres e 5 homens). Indivíduos do sexo feminino têm mais probabilidade de desenvolver problemas relacionados à alimentação e uso do álcool pelo fato de não se aceitarem completamente, por terem requisitos determinados na sociedade no papel de gênero. O estresse estimulado pela autoimagem corporal pode levar mulheres a desenvolver comportamento abusivo para o uso do álcool e transtornos alimentares¹⁸.

De acordo com a avaliação do AUDIT e segundo a escala de sintomas do BITE na amostra pesquisada, há uma tendência de associação entre o consumo de álcool e sintomas de bulimia. Esse achado concorda com Rush¹⁹ que aponta que os alunos com sintomas de transtorno alimentar têm expectativa de desenvolver padrão desordenado de consumo de álcool. Estudiosos acreditam que uma característica da personalidade (impulsividade) seja responsável pela comorbidade dos transtornos alimentares e o uso abusivo do álcool. Indivíduos com grande impulsividade, que agem precipitadamente diante de situações angustiantes tendem a desenvolver expectativas voltadas para o consumo do álcool e ao comer, ou ambos, de forma que tenham a visão de que o comer e o beber aliviam temporariamente o estresse, a angústia, além de proporcionarem

interação social. Fato este que pode levar muitos indivíduos ao desenvolvimento de transtorno alimentar e uso do álcool de forma desordenada⁶.

Pensa-se que ações precipitadas relacionadas à impulsividade negativa servem como uma alternativa para o indivíduo fugir da angústia. Sugere-se que o abuso do álcool e a compulsão alimentar bem como o uso de laxantes servem como um regulador emocional que diminui ou elimina temporariamente o estresse e a angústia. Indivíduos com sintomatologia positiva para transtorno alimentar geralmente tem maiores índices de uso abusivo e sintomas de dependência de substâncias quando comparado a indivíduos sem sintomas de transtornos alimentares. Mulheres que apresentam uso do álcool de forma desordenada evidenciam índices mais elevados de sintomas de transtorno alimentar que a população geral²⁰.

O presente estudo não verificou uma associação entre a presença de transtornos alimentares e o uso do álcool em adolescentes como previsto, e sim uma tendência de associação. Acredita-se que isso seja decorrente de um valor amostral insuficiente, por se tratar de um estudo piloto. Sugere-se que uma nova pesquisa seja realizada com um novo valor amostral para que seja possível alcançar um valor de $p < 0,05$ ou não.

Esta pesquisa possui limitações metodológicas, como se trata de um estudo transversal, não é possível definir com precisão o que é causa e o que é efeito, para tais comprovações, são necessários estudos longitudinais. Além disso destacam-se perdas amostrais decorrentes da dificuldade de obter os dados completos dos pacientes e, mesmo garantindo o sigilo, alguns pacientes podem não revelar ou mentir sobre o uso de álcool.

O presente estudo contribui para a literatura existente ao avaliar o consumo de álcool em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares, visto que é uma questão que necessita ser mais explorada, pois poucos estudos no Brasil e em outros países discutem a temática. A análise de comportamentos que levam ao desenvolvimento de comportamentos abusivos contribui para a prevenção e tratamento de tais condições, como também a construção de programas de saúde que tenham como objetivo a prevenção, o combate e tratamento para os transtornos alimentares e uso abusivo do álcool em adolescentes.

De acordo com a análise dos dados desta pesquisa, juntamente com as informações presentes na literatura científica foi possível evidenciar a presença de uma tendência de associação entre o consumo de álcool e a bulimia nervosa. É importante reconhecer que existe essa tendência de associação, pois isso possibilita o rastreamento de forma precoce de sintomas de transtornos alimentares em adolescentes que fazem uso do álcool, bem como o rastreamento do uso nocivo de álcool em indivíduos com transtornos alimentares tendo como objetivo o diagnóstico e tratamento dessas condições, melhor resposta ao tratamento e diminuição do risco de permanência destas condições patológicas e de condições crônicas durante a fase adulta.

REFERÊNCIAS

1. Ximenes RCC. Transtornos alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência. Recife. Tese [Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento] – Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
2. Castro JM, Goldstein SJ. Eating attitudes and behaviors of pre and post-puberal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiol. Behav.* 1995; 1 (58): 5-23.
3. Ximenes RCC, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int. J. Eat. Disord.* 2010; 43 (1): 59-64.
4. Silva, TAB. Prevalência de transtornos alimentares e distúrbio da imagem corporal em jovens recifenses. Recife. Tese [Mestrado] – Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
5. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000 Dez; 22:28-31.
6. Schaumberg K, Earleywine M. Evaluating the acquired preparedness model for bulimic symptoms and problem drinking in male and female college students. *Eating Behaviors*, 2013; 14 (1), 47-52.
7. Field AE, Sonneville KR, Crosby RD, Swanson AS, Eddy KT, Camargo Jr CA, et al. High shape concerns predicts becoming obese, binge drinking, and drug use among adolescent and young adult males. *JAMA Pediatr.* 2015 Jan; 168 (1): 34–39.
8. Romaro RA, Itokazu FM. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.* 2002 Porto Alegre;15 (2): 407-412.

9. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I – Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev Saúde Pública*. 1997;31:21-29.
10. Deitos FT, Santos RPD, Pasqualotto AC, Segat FM, Guillande S, Benvegna LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Inf Psiquiatr*. 1998;17:11-16.
11. Ponce JC, Silveira CM, Andrade AG. Consumo de álcool comórbido a transtornos alimentares: uma revisão da literatura. *Saúde, Ética & Justiça*. 2011; 16 (1): 30-8.
12. Barbosa EL, Ximenes SCC, Ximenes, Silva TAB, Oliveira DA. Consumo de álcool por adolescentes portadores de transtornos alimentares. In: Ximenes RCC, Sougey EB, Bosco GBLC, (Org.). *Transtornos Alimentares e Obesidade na Adolescência*. Curitiba: CRV; 2012. p. 91-100.
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [homepage na internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – Em Vigor a partir de 01/01/2015. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil> Acessado em: 22 Mai 2015.
14. Ximenes RCC, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. *Arq Bras Psicol*. 2011; 63 (1): 52-63.
15. Babor TF, Biddle JCH, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT The alcohol use disorders identification test. World Health Organization [periódicos na internet]. 2ed 2001 [acesso em 12 Jul 2017]; Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

16. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68 (7): 714-23.
17. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 April/June; 24 (2): 227-237
18. Iorgulescu G. Low self-esteem in women with eating disorders and alcohol abuse as a psycho-social factor to be included in their psychotherapeutic approach. *J Med Life*. 2010 Nov; 3 (4): 458-464.
19. Rush CC, Curry JF, Looney JG. Alcohol expectancies and drinking behaviors among college students with disordered eating. *Journal of American College Health*. 2016; 64 (3): 195-204.
20. Fischer S, Settles R, Collins B, Gunn R, Smith GT. The role of negative urgency and expectancies in problem drinking and disordered eating: testing a model of comorbidity in pathological and at-risk samples. *Psychol Addict Behav*. 2012; 26 (1): 112-123.

ANEXO A**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DOS
TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: Flávia Maria Nassar de Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 05628612.6.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 236.169

Data da Relatoria: 05/04/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Indicado na relatoria inicial.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 03 de Abril
de 2013

**Assinador por:
GERALDO BOSCO
LINDOSO COUTO**

(Coordenador)

APÊNDICE A

Tabela 1. Avaliação dos sintomas BITE segundo os dados sociodemográficos

Variável	Sintomas BITE								Valor de p
	Negativo		Escore Médio		Escore elevado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total	85	62,5	39	28,7	12	8,8	126	100,0	
Faixa etária (anos)									
10 a 13	20	74,1	5	18,5	2	7,4	27	100,0	
14 a 15	34	58,6	18	31,0	6	10,3	58	100,0	0,707(1)
16 ou mais	31	60,8	16	31,4	4	7,8	51	100,0	
Sexo									
Masculino	38	69,1	13	23,6	4	7,3	55	100,0	0,425(2)
Feminino	47	58,0	26	32,1	8	9,9	81	100,0	
Irmãos									
Sim	76	61,8	35	28,5	12	9,8	123	100,0	0,738(1)
Não	9	69,2	4	30,8	0	0	13	100,0	
Lugar que ocupa em relação aos irmãos									
Não tem	9	69,2	4	30,8	0	0	13	100,0	0,949(1)

Caçula	26	60,5	13	30,2	4	9,3	43	100,0	
Intermediário	25	62,5	10	25,0	5	12,5	40	100,0	
Mais velho	25	62,5	12	30,0	3	7,5	40	100,0	
Escolaridade do responsável									
Até 8 anos	30	60,0	14	28,0	6	12,0	50	100,0	
Mais de 8 anos	52	62,7	25	30,1	6	7,2	83	100,0	0,647(2)
Número de pessoas na casa									
2 a 3	24	55,8	16	37,2	3	7,0	43	100,0	
4 a 5	45	62,5	20	27,8	7	9,7	72	100,0	0,428(1)
6 ou mais	16	76,2	3	14,3	2	9,5	21	100,0	
Número de cômodos da casa									
2 a 4	14	60,9	7	30,4	2	8,7	23	100,0	
5 a 6	33	61,1	15	27,8	6	11,1	54	100,0	0,956(1)
7 ou mais	38	64,4	17	28,8	4	6,8	59	100,0	
Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)									
A2 + B1 + B2	36	72,	12	24,	2	4,0	50	100,0	

		0		0					0,147(2)
C1 + C2 + D	49	57,0	27	31,4	10	11,6	86	100,0)

BITE - Bulimic Investigatory Test of Edimburgh

(1) Através do teste qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste exato de Fisher.

Tabela 2. Avaliação do AUDIT segundo os dados sociodemográficos

Variável	AUDIT						Valor de p
	Baixo risco		Uso de risco a provável dependência		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Total	110	87,3	16	12,7	126	100,0	
Faixa etária							
10 a 13	21	91,3	2	8,7	23	100,0	
14 a 15	48	90,6	5	9,4	53	100,0	0,348(1)
16 ou mais	41	82,0	9	18,0	50	100,0	
Sexo							
Masculino	47	90,4	5	9,6	52	100,0	
Feminino	63	85,1	11	14,9	74	100,0	0,384(1)
Irmãos							
Sim	99	87,6	14	12,4	113	100,0	
Não	11	84,6	2	15,4	13	100,0	0,670(2)
Lugar que ocupa em relação aos irmãos							
Não tem	11	84,6	2	15,4	13	100,	

						0	0,875(2)
Caçula	37	90,2	4	9,8	41	100,0	
Intermediário	29	85,3	5	14,7	34	100,0	
Mais velho	33	86,8	5	13,2	38	100,0	
Escolaridade do responsável							
Até 8 anos	37	80,4	9	19,6	46	100,0	
Mais de 8 anos	70	90,9	7	9,1	77	100,0	0,095(1)
Número de pessoas na casa							
2 a 3	36	87,8	5	12,2	41	100,0	
4 a 5	59	86,8	9	13,2	68	100,0	0,980(1)
6 ou mais	15	88,2	2	11,8	17	100,0	
Número de cômodos da casa							
2 a 4	20	90,9	2	9,1	22	100,0	
5 a 6	46	88,5	6	11,5	52	100,0	0,719(1)
7 ou mais	44	84,6	8	15,4	52	100,0	
Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)							

A2 + B1 + B2	39	84,8	7	15,2	46	100,0	0,520(1)
C1 + C2 + D	71	88,8	9	11,3	80	100,0	

AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test

(1) Através do teste qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste exato de Fisher.

*10 questionários AUDIT foram excluídos por falta de informações que impediam a análise, deste modo, o que justifica a tabela apresentar um N amostral de 126 participantes.

Tabela 3. Avaliação do AUDIT segundo a escala de sintomas do BITE

SINBITE	AUDIT						Valor de p
	Baixo risco		Uso de risco a provável dependência		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Total	110	87,3	16	12,7	126	100	
BITE Sintomatologia							
Negativo	71	89,9	8	10,1	79	100	
Escore médio	33	89,2	4	10,8	37	100	0,053(1)
Escore elevado	6	60,0	4	40,0	10	100	
BITE Gravidade							
Negativo	71	89,9	8	10,1	79	100	
Positivo	39	83,0	8	17,0	47	100	0,261(2)

BITE - Bulimic Investigatory Test of Edimburgh

AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test

(1) Através do teste exato de Fisher.

(2) Através do teste qui-quadrado de Pearson.

*10 questionários AUDIT foram excluídos por falta de informações que impediam a análise, deste modo, o que justifica a tabela apresentar um N amostral de 126 participantes.

Apêndice – B

Normas da Revista

A Revista Brasileira de Psiquiatria é uma publicação trimestral que visa publicar manuscritos originais em todas as áreas da psiquiatria, incluindo saúde pública, epidemiologia clínica, ciências básicas e problemas de saúde mental.

Processo de revisão intermediária

A seleção de manuscritos para publicação é baseada em sua originalidade, relevância do tópico, qualidade metodológica e conformidade com estas instruções. Todos os manuscritos considerados para publicação são revisados por árbitros externos anônimos. Sempre que possível, uma decisão editorial (aceitação, revisões necessárias ou rejeição) será feita no prazo de um mês após a submissão.

Preparação do manuscrito

A Revista Brasileira de Psiquiatria publica artigos originais, comunicações breves, artigos de revisão, artigos de atualização, editoriais e cartas ao Editor. Consulte um número atual do Jornal para estilo e formato. O texto deve ser de dois espaços com margens amplas.

Artigos originais, artigos de revisão, artigos de atualização e comunicações breves seguem o formato descrito abaixo.

Página de título: Título completo, nomes de autores, seus departamentos e instituições, incluindo a cidade e o país de origem. Inclua também um título em execução com um máximo de 50 caracteres (letras e espaços). O nome completo, o número de telefone, o número de fax, o endereço de e-mail e o endereço postal completo do autor correspondente devem ser indicados.

Página 2: Um resumo estruturado que não exceda 200 palavras com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Indique três a cinco palavras-chave em estrita conformidade com as rubricas do assunto médico.

Texto principal: A Introdução deve ter uma ou três páginas (não revisar extensivamente a literatura), concluída por uma declaração clara dos objetivos do estudo. Uma seção detalhada de Métodos deve incluir o design do estudo, configuração, participantes, principais medidas de resultado, análises estatísticas, registro de ensaios, aprovação do comitê de ética e procedimentos de consentimento informado (evite se referir ao design, método e material descritos em artigos publicados anteriormente). Os resultados devem ser claros; Não é permitida a repetição de dados no texto e em tabelas / figuras. Discussão: Não inclua uma seção de conclusão; As observações finais devem ser apresentadas no último parágrafo do texto.

Agradecimentos: deve incluir bolsas, patrocínios e outros tipos de apoio prestados ao estudo. Alguns autores podem agradecer aos colaboradores que contribuíram significativamente para o manuscrito, mas não cumprem os critérios de autoria. É responsabilidade do autor obter permissão das pessoas mencionadas.

Divulgação: cada autor deve divulgar potenciais conflitos de interesse em geral, não apenas relacionados ao presente estudo. Exemplos incluem, mas não estão limitados a empregos / posições anteriores ou atuais, bolsas de pesquisa, honorários do falante, interesse de propriedade e trabalho como consultor ou conselho consultivo para organizações. Estudos que, de qualquer forma, envolvem empresas farmacêuticas ou outras empresas privadas ou públicas devem divulgar claramente o papel dessas organizações no estudo. Além disso, se o estudo investigar de forma alguma os compostos farmacêuticos, a Divulgação deve conter informações sobre quais e quais instituições as análises estatísticas foram realizadas e um endereço de e-mail onde obter o protocolo.

Lista de referência: as referências devem ser mantidas ao mínimo pertinente e devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, de acordo com o sistema de Vancouver. Recomendamos o uso de uma ferramenta como Reference Manager ou Endnote para gerenciamento de referência e formatação. Identifique referências em texto, tabelas e lendas usando algarismos árabes sobrescritos. As referências citadas apenas em tabelas ou legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com sua primeira citação no texto.

Observe o estilo dos exemplos abaixo. Para incluir manuscritos aceitos, mas não publicados, informe o título abreviado da revista seguido de (na imprensa). Os documentos publicados eletronicamente, mas ainda não impressos, devem ser identificados pelo seu número DOI. As informações de manuscritos ainda não aceitas devem ser citadas apenas no texto como comunicação pessoal. A precisão de referência é da responsabilidade dos autores. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus.

Exemplos:

Artigo de revista padrão

Lista todos os autores quando forem seis ou menos. Quando há sete ou mais, liste apenas os seis primeiros autores e adicione "et al.". Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Transtorno depressivo maior durante a gravidez na adolescência: correlatos sócio-demográficos, obstétricos e psicossociais. Rev Bras Psiquiatr. 2013; 35: 51-6.

Livro

Gabbard GO. O tratamento de desordens psiquiátricas de Gabbard. 4^a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Capítulo do livro

Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. A natureza eo tratamento da depressão resistente à terapia. Em: Cryan JF, Leonard BE, editores. Depressão: da psicopatologia à farmacoterapia. Basileia: Karger; 2010. p. 243-53.

Teses e dissertações

Trigeiro A. Os sistemas do fator de liberação de corticotropina do sistema nervoso central (CRF) contribuem para o aumento do comportamento semelhante à ansiedade durante a retirada de opióides: uma análise de substratos neuroanatômicos [dissertação]. San Diego: Universidade da Califórnia; 2011.

Tabelas e figuras: Todas as figuras / tabelas devem esclarecer / complementar em vez de repetir o texto; seu número deve ser reduzido ao mínimo. Todas as ilustrações devem ser enviadas em páginas separadas, seguindo o pedido em que elas aparecem no texto e numeradas consecutivamente usando algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir lendas descritivas, e abreviaturas devem ser definidas. Quaisquer tabelas ou figuras extraídas de trabalhos publicados anteriormente devem ser acompanhadas de permissão por escrito para reprodução do detentor de direitos autorais atual no momento da submissão.

Abreviações e símbolos: Todos os termos ou abreviaturas devem ser enunciados na primeira menção e também em legendas de tabela / figura. Todas as unidades devem ser métricas. Evite números romanos.

Artigos originais: estes devem descrever de forma completa, mas o mais conciso possível, os resultados da pesquisa original, contendo todas as informações relevantes para aqueles que desejam reproduzir a pesquisa ou avaliar os resultados e as conclusões. Os manuscritos originais não devem exceder 5.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. Não serão aceitas mais de seis tabelas ou figuras e um máximo de 40 referências. O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. As implicações clínicas e as limitações do estudo devem ser indicadas. Ensaio clínicos randomizados devem ser registrados em bancos de dados clínicos online (o número de registro do ensaio clínico deve ser informado no final do resumo).