

TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA



**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS
ALIMENTARES E INSATISFAÇÃO CORPORAL EM JOVENS
RECIFENSES**

Recife, 2012

TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA

**Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação
corporal em jovens recifenses**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração Neuropsicopatologia, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do grau de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientador: Everton Botelho Sougey
Co-orientadora: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

RECIFE
2012

SILVA, TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA
Prevalência de sintomas de transtornos
alimentares e insatisfação corporal em jovens
recifenses / Tatiana Araújo Bertulino da Silva. –
Recife: O Autor, 2012.

153 folhas: il., fig. ; 30 cm

Orientador: Everton Botelho Sougey

-
Tese (mestrado) – Universidade Federal de
Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2012.

Inclui bibliografia, apêndices e anexos.

1. Transtornos da alimentação. 2. Insatisfação
corporal. 3. Adolescente. I. Sougey, Everton
Botelho. II. Título.

616.852 6

CDD (20.ed.)

CCS2012-023

UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Sílvio Romero de Barros Marques

PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Sousa Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**DIRETOR**

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO****COORDENADOR**

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
 Centro de Ciências da Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria
 e Ciências do Comportamento

120ª DEFESA

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
 DA MESTRANDA TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA**

No dia 10 de fevereiro de 2012, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco os Professores: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, Doutora Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Sandra Lopes de Souza Doutora Professora do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA, sobre a sua Dissertação intitulada "PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E INSATISFAÇÃO CORPORAL EM JOVENS RECIFENSES", orientada pelo professor Everton Botelho Sougey. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Aprovada

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

APROVADA

Profª. Drª. Sandra Lopes de Souza

APROVADA


 Profª. Drª. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes


 Prof. Dr. Everton Botelho Sougey


 Profª. Drª. Sandra Lopes de Souza
 Presidente da Banca

Aos meus pais, que sempre tiveram palavras acolhedoras nas minhas decepções e palavras de alegria nas minhas conquistas. Eles que me mostraram desde cedo a importância da educação e da amizade; por me ensinarem que disciplina rima com liberdade e liberdade com responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a **Deus** é agradecer ao começo de tudo, de ter vivido todas as oportunidades que eu tive, muito obrigada por mais essa conquista.

Aos meus pais (**Regina** e **Bertulino**) sempre tão presentes e sempre tão sábios. Obrigada por terem me conduzido à liberdade com responsabilidade e por confiarem em mim.

Ao meu orientador Professor **Everton Sougey**, por me deixar com mais dúvidas do que com certezas, me ensinado que a pesquisa científica é um local em plena construção.

À minha co-orientadora **Rosana Ximenes**, por ser uma mestra no sentido mais amplo da palavra, por construir em mim o amor pela pesquisa, ensino e extensão e com quem divido minha “obsessão” pelo tema.

Aos meus amigos: **Danuta**, pela paciência nos meus dias de mau-humor; **Jorge**, pelas conversas sobre esses transtornos tão instáveis; **Keila, Lucas, Patrícia** e **Victor** pelos anos de amizade sólida.

Às minhas queridas **Vivian** e **Cristina** pelas longas conversas telefônicas sobre nossos projetos e porque a distância não conseguiu diminuir nossa afetividade.

Às minhas colegas de profissão **Marília Pereira, Laila Kurtinaitis** pessoas maravilhosas e exemplos a serem seguidos pela dedicação à Psicologia.

Aos alunos de graduação: **Camila, Michel, Deivid, Catarina, Rodrigo** e tantos outros – pela dedicação, sem eles seria impossível o término deste trabalho.

Aos meus queridos companheiros mestrados do Grupo de Pesquisa em Comportamento Alimentar: **João Marcílio** e **Clarice** por estarem sempre prontos para uma dúvida.

Às professoras: **Sandra Lopes, Sara Grinfeld, Daniella Araújo**, por estarem sempre abertas para esclarecerem uma dúvida.

À minha turma de mestrado: **Antonio, Adriano, Amanda Patrícia, Lívia, Luciana Barros, Louana, Maria Soledade, Thyciara** tão importantes na vivência acadêmica e com quem dividi meus momentos de aflição de forma tão singular.

À Pós-doutoranda **Flávia Nassar**, por estar sempre disponível para as revisões de última hora.

À **Rita Ângelo**, pela paciência e ajuda quando esta dissertação era um pré-projeto.

Ao professor avaliador do Comitê de Ética: Prof. **Paulo Carvalho**, que fez de um momento de cobrança em um momento de aprendizagem.

Aos **adolescentes** que me deixaram fazer parte de um instante da vida deles, alguns compartilhando experiências nunca antes divididas com outra pessoa.

À **Secretaria de Educação do Estado de PE**, principalmente à professora **Ângela** da Unidade de Desenvolvimento de Ensino da GRE Recife Norte e ao **Fábio** e ao **Diogo** da Unidade de Processamento de Dados.

À **Capes** pela concessão da bolsa de estudos durante a realização de toda a pesquisa.

**“Começou com uma brincadeira, pensei que quando eu
quisesse, eu conseguiria parar”.**

**L.A. 14 anos, internada no leito psiquiátrico do
Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.**

RESUMO

Os pacientes com transtornos alimentares possuem como característica o distúrbio da imagem corporal no núcleo de seus sintomas. A auto-avaliação desses indivíduos ocorre rigidamente a partir de seu peso e forma. A insatisfação corporal em conjunto com a preocupação com o peso e a prática de dietas são apontadas como possíveis predisponentes para o desenvolvimento de distúrbios na alimentação. Assim, esse estudo teve como objetivo determinar a prevalência da insatisfação corporal em jovens da cidade de Recife com sintomas de transtornos alimentares. Tratou-se de um estudo transversal, com adolescentes de ambos os sexos de idades entre 10 a 19 anos, estudantes de escolas públicas estaduais de Recife. Os dados foram coletados por questionários auto-aplicáveis: Teste de Atitudes Alimentares-26 e Teste de Investigação Bulímica Edimburgo para sintomas de transtornos e o Body Shape Questionnaire para avaliar a insatisfação corporal, respondidos nas próprias escolas pelos adolescentes. A prevalência de transtornos alimentares foi de 32% de acordo com o Teste de Atitudes Alimentares e de 34,6% (escores médios), 4,9% (escores altos) no Teste de Investigação Bulímica. Em 30,9% dos adolescentes houve insatisfação corporal. As prevalências, tanto de sintomatologia positiva para transtornos alimentares quanto para insatisfação corporal foram mais altas no gênero feminino, na faixa etária entre 14 e 15 anos. Houve associação significativa dos sintomas de transtornos alimentares com insatisfação corporal, classe socioeconômica do adolescente e grau de instrução do responsável. As prevalências encontradas para sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal correspondem às encontradas em estudos similares. A insatisfação corporal está intimamente relacionada aos transtornos alimentares, assim como gênero, idade, classe socioeconômica. Esses dados podem contribuir para a criação de modelos de prevenção mais eficientes em transtornos alimentares.

Palavras Chaves: Transtornos da Alimentação. Insatisfação Corporal. Adolescente.

ABSTRACT

Patients with eating disorders have as characteristic the disturbance of body image in the core of their symptoms. The self-assessment of these individuals is rigidly from their weight and shape. The body dissatisfaction in conjunction with the concern about the weight and the dietary practices are listed as possible predisposing to the development of disturbances in alimentation. Thus, this study aimed to determine the prevalence of body dissatisfaction in young people in Recife who have symptoms of eating disorders. It was a cross study, with adolescents of both genders aged 10 to 19, state public school students. Data were collected by self-reported questionnaires: the Eating Attitudes Test-26 and the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh to symptoms of disorders and the Body Shape Questionnaire to assess body dissatisfaction, answered in the adolescents' schools. The prevalence of eating disorders was 32% according to the Eating Attitude Test and 34.6% (average scores), 4.9% (high scores) in the Bulimic Investigatory Test. In 30.9% of teenagers, there was body dissatisfaction. The prevalences of both positive symptoms for eating disorders and body dissatisfaction were higher in females, aged between 14 and 15 years old. There was a significant association of symptoms of eating disorders with body dissatisfaction, socioeconomic class of adolescent and parents' educational instruction. The prevalence for symptoms of eating disorders and body dissatisfaction corresponds to those found in similar studies. The body dissatisfaction is closely related to eating disorders, as well as gender, age, socioeconomic class. These data should contribute to the creation of models of prevention more efficient in eating disorders.

Key words: Eating Disorders. Body Dissatisfaction. Adolescent.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AN – Anorexia nervosa

APA - American Psychological Association (APA)

BITE - *Bulimic Investigatory Teste Edimburgh*/ Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo

BN- Bulimia nervosa

BSQ - *Body Shape Questionnaire*

CCEA - Critério de Classificação Econômica Brasileira

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição

DSM-IV - TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição revisada

EAT-26 - *Eating Attitudes Test – 26*/ Teste de Atitudes Alimentares – 26

GRE –Gerência Regional de Educação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

TA – Transtornos alimentares

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1

1 APRESENTAÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
3 METODOLOGIA	33
3.1 DESENHO DO ESTUDO	33
3.2 ÁREA DE ESTUDO	33
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA	33
3.4 AMOSTRA	36
3.5 MATERIAL	37
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA	41
3.7. ESTUDO PILOTO	41
3.7.1 Resultados e discussão do estudo piloto	42
3.8 ANÁLISE DOS DADOS	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Artigo original: Association between body dissatisfactions and symptoms of eating disorders in a representative sample of adolescents in Recife – Brazil	45
4.2 Artigo do estudo piloto: Comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes	64
4.3 Produção do artigo: Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes	77
5 CONCLUSÃO	105
6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	106
7 ASPECTOS ÉTICOS	107
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES.....	113
ANEXOS	116

2 APRESENTAÇÃO¹

Os transtornos alimentares alcançaram maior repercussão nos últimos anos após a ocorrência de mortes de pessoas ligadas à mídia, em decorrência de suas complicações. Estes acontecimentos suscitaram a discussão sobre qual o motivo, ou motivos, que levariam pessoas, principalmente jovens, a terem atitudes alimentares desequilibradas e nocivas à própria saúde. Entre os supostos motivos para os transtornos da alimentação está a insatisfação com a própria imagem corporal, decorrente de distorções perceptivas da auto – imagem (SAIKALI *et al.*, 2004; CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

Por serem, os transtornos alimentares, distúrbios com amplos fatores acoplados em sua origem e desenvolvimento, é necessário que as pesquisas não sejam desenvolvidas de forma independente e sim, caso possível, com um de seus vários aspectos, complementando a pesquisa. O aspecto escolhido nesta dissertação foi a insatisfação corporal, em decorrência da importância deste item no diagnóstico dos transtornos alimentares.

A grande maioria das pesquisas em transtornos alimentares foram realizadas nas regiões Sul e Sudeste do país, sendo a região Nordeste carente de dados sobre estes distúrbios. Ainda, há uma lacuna nos estudos epidemiológicos na população brasileira sobre os transtornos alimentares, sendo raros os estudos em populações não clínicas, em decorrência da dificuldade de fazê-lo e a tendência ao segredo típico dessas psicopatologias (CLAUDINO, ZANELLA, 2005). Somente a partir de dados confiáveis e atualizados será possível a elaboração de estratégias de tratamento e principalmente de prevenção destes distúrbios.

Essa pesquisa teve como objetivo determinar a prevalência da insatisfação corporal em adolescentes, estudantes de escolas públicas estaduais da cidade de Recife, que apresentassem sintomas de transtornos alimentares. Com os seguintes objetivos específicos:

- Rastrear na população de jovens a prevalência de portadores de sintomas de transtornos alimentares;
- Identificar diferenças na prevalência de sintomas de transtornos alimentares entre os sexos e faixas etárias;
- Verificar a prevalência de insatisfação corporal nos jovens estudados e sua associação com a presença de sintomas de transtornos alimentares;
- Determinar o perfil biodemográfico dos jovens pesquisados e a associação de fatores socioeconômicos (classe econômica, moradia, número de irmãos,

¹ Capítulo produzido utilizando as normas da ABNT 14724:2011

posição na escala de filhos e escolaridade dos pais) com a presença de sintomas de transtornos alimentares e de insatisfação corporal.

Esta dissertação está organizada em: um artigo de revisão de literatura, onde é possível acompanhar o conjunto de informações científicas acerca os transtornos alimentares e a insatisfação corporal, submetido ao periódico “Psicologia: Teoria e Pesquisa” (ANEXO A). Posteriormente, segue-se um capítulo de metodologia, explicando o caminho utilizado para a construção da presente dissertação e pelas produções acadêmicas desenvolvidas durante este período. A segunda produção é o artigo original, com os resultados da dissertação intitulado: *Association between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in a representative sample of adolescents in Recife – Brazil*, submetido ao *International Journal of Eating Disorders* em janeiro de 2012 (ANEXO B). O terceiro artigo trata-se da publicação do estudo piloto, intitulado: Comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes, submetido ao “Jornal Brasileiro de Psiquiatria” em janeiro de 2012 (ANEXO C). Logo após, encontra-se o artigo original: Versão Brasileira do “BITE” para uso em adolescentes, publicado no volume 63, número 1 nos “Arquivos Brasileiros de Psicologia” em 2011 (ANEXO D). Em seguida estão as atividades acadêmicas desenvolvidas durante este período: participação no projeto de extensão Adolescer (ANEXO E); produções em congressos (ANEXO F) e orientações de trabalho de conclusão de curso (TCC) sob o tema da dissertação, realizadas durante a pesquisa (ANEXO G).

3 REVISÃO DE LITERATURA²

Transtornos Alimentares e Insatisfação Corporal em Adolescentes – Revisão da Literatura

Tatiana Araújo Bertulino da Silva, Camila Stor de Aguiar, Rosana Christine Cavalcanti
Ximenes, Everton Botelho Sougey

TATIANA Araújo BERTULINO da Silva. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco.

CAMILA Stor de AGUIAR, Bolsista PIBIC. Aluna de Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco

ROSANA Christine Cavalcanti XIMENES. Doutora, Odontopediatra, professora adjunta do Departamento de Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco.

EVERTON Botelho SOUGEY. Psiquiatra, professor adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria e do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco.

Correspondência: Tatiana Bertulino. Rua: Ildefonso Araújo do Rego, 72. Várzea.

Recife/PE. CEP: 50810-210

E-mail: tatiana_bertulino@yahoo.com.br

² A revisão de literatura produzido em forma de artigo, utilizando as regras da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição, 2010 (ANEXO H). Artigo submetido à Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.

Resumo

Em decorrência de seu caráter secreto os transtornos alimentares são patologias de difícil estudo. Objetivou-se neste artigo reunir e avaliar informações relativas aos transtornos alimentares e sua intersecção com a insatisfação corporal em adolescentes. A revisão de literatura foi realizada nos bancos de dados eletrônicos: Lilacs, Bireme, Scielo, PsycInfo, Pubmed e Medline e quando necessários em livros, teses e dissertações. Foram selecionados estudos publicados a partir de 1992, em português, inglês ou espanhol. Percebeu-se que há concordância entre os estudos sobre a relação significativa entre transtornos alimentares e insatisfação corporal. A adolescência é a faixa etária mais propensa ao desenvolvimento de transtornos alimentares, por diversos motivos, tanto biológicos quanto sociais. Apesar do aumento de casos de transtornos alimentares no gênero masculino, as mulheres ainda são as mais atingidas por esses transtornos. Sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos, principalmente de acompanhamento em populações não clínicas, para melhor entendimento do mecanismo de ação desta patologia.

Palavras chaves: Transtornos da alimentação. Insatisfação corporal. Adolescente.

Abstract

The object of this study was to muster and assess informations on eating disorders and its relation with the body dissatisfaction in teenagers. The review of the literature was realized in the electronic databases: Lilacs, Bireme, Scielo, PsycInfo, Pubmed and Medline. It has been selected studies published from 1992 on, in Portuguese, English and Spanish. It was noticed that there is agreement between the studies of the significant relation between eating disorders and body dissatisfaction. The youth is an age group that is more likely to develop eating disorders for different reasons, both biological and social. Despite the increasing incidence of eating disorders in men, women are still the most affected by these disorders, which requires the development of more studies, especially in monitoring non-clinical populations.

Keywords: Eating disorders. Body dissatisfaction. Teenager

Transtornos Alimentares e Insatisfação Corporal em Adolescentes – Revisão da Literatura

Os transtornos alimentares são um conjunto de síndromes clínicas em que há perturbação da relação do indivíduo com o seu comportamento alimentar (Freitas, 2004). Mesmo com o primeiro caso de anorexia nervosa (AN) tendo sido relatado em 1689 por Morton e o de bulimia nervosa (BN) por Gerald Russell em 1979, os estudos atuais consideram que a valorização da magreza pela sociedade vem influenciando nas ocorrências destes transtornos. Porém, devem ser considerados, além da cultura, os aspectos biológicos e psicológicos como fatores para etiologia que continua desconhecida (Cordás & Claudino, 2002).

Da ampla variedade reconhecida de transtornos alimentares, os tipos que possuem maiores estudos são a AN e a BN, devido ao reconhecimento de sua prevalência e às dificuldades encontradas em seus tratamentos. Os casos refratários nestes distúrbios estão freqüentemente associados a altos índices de mortalidade: 15% desses pacientes falecem. Formas crônicas desses transtornos ocorrem em 25% dos pacientes, caracterizando-os por baixo peso crônico ou por acentuadas flutuações de peso. As complicações metabólicas (inclusive desnutrição), as seqüelas psicológicas (transtornos de ansiedade ou de humor) e o isolamento social estão presentes em grande parte dos casos. Os fatores genéticos são evidenciáveis nos casos de transtornos alimentares, devido à maior freqüência de quadros idênticos em familiares de pacientes. Gêmeos monozigóticos apresentam concordância de 50%, contra 10% nos dizigóticos (Louzã, Motta, Wang & Elkis, 1995).

A AN e a BN estão relatados nos atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição [CID-10], 1993 e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição revisada [DSM-IV – TR], 2002.

Embora classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva os pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmos baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram insatisfeitos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1993; Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2002; Claudino & Borges, 2002).

A anorexia nervosa é um transtorno do comportamento alimentar caracterizado por limitações dietéticas auto-impostas e padrões bizarros de alimentação. A acentuada e rápida perda de peso são induzidas e mantidas pelo paciente associada a um temor intenso de ganhar peso, podendo levar à morte por inanição (Cordás & Busse, 1995).

Para o DSM – IV-TR (2002) a AN tem como critérios diagnósticos: a) Recusa em manter o peso normal mínimo para a idade e altura, por exemplo, emagrecimento levando a um peso 15% abaixo do esperado com insucesso para obter ganho de peso padrão durante o período de crescimento; b) Medo exagerado de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com o peso inferior ao esperado; c) Perturbação no modo de vivenciar o peso corporal com distorção da própria imagem; d) Amenorréia ou ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos nas mulheres pós-menarca.

A bulimia nervosa caracteriza-se por episódios recorrentes e incontroláveis de consumo de grandes quantidades de alimentos em curto período de tempo, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados como vômitos auto-induzidos, uso de laxantes e diuréticos, exercícios vigorosos, jejum e dieta restritiva a fim de evitar ganho de peso (Bacaltchuk & Hay, 1999).

São critérios diagnósticos para a BN no DSM – IV-TR (2002): a) Episódios de hiperfagia, em que há uma ingestão de grande quantidade de comida consumida em curto período de tempo com uma sensação de perda de controle sobre a ingestão dos alimentos; b) Condutas compensatórias inadequadas para evitar ganho de peso; c) Os episódios devem ocorrer pelo menos duas vezes por semana durante três meses; d) A auto-estima é exageradamente influenciada pelo peso corporal; e) Quando o distúrbio não ocorre exclusivamente durante crises de anorexia nervosa.

A partir dos critérios diagnósticos para os transtornos alimentares percebe-se a importância da distorção da auto-imagem nesses distúrbios. Mesmo com o campo de estudo em imagem corporal não se restringindo aos transtornos alimentares foi nessa área que muitos dos conceitos de imagem corporal foram observados. Os estudos em imagem corporal tiveram seu início na virada do século XX, com a investigação dos distúrbios perceptivos em pacientes com lesões cerebrais, porém foi a partir das pesquisas em transtornos alimentares que houve um grande impulso para o estudo da imagem corporal (Stenzel, 2006; Turdelli, 2003).

No Brasil, os transtornos alimentares tem tido destaque crescente, derrubando mais um dos antigos preconceitos acerca da existência tais quadros em países em desenvolvimento (Appolinário, Cordás & Claudino, 2002). Além disso, são patologias cercadas pelo silêncio, sendo um dos distúrbios psiquiátricos com maior nível de mortalidade (Kaufman, 2000; Claudino & Zanella, 2005). Assim, esse artigo possui como objetivo realizar uma revisão de literatura entre os transtornos alimentares e insatisfação da imagem corporal em adolescentes para assim criar um escopo teórico para melhor compreensão sobre o assunto.

Método

Pesquisa de literatura

As buscas de literatura ocorreram nas seguintes bases de dados: Latin American Caribbean Literature in Health Sciences Information (Lilacs), Bireme, Scientific Electronic

Library Online (Scielo), PsycInfo, Pubmed, Medline. Além dessa busca eletrônica, foi realizada busca manual em referências de periódicos, livros e teses. Foram utilizados como descritores: transtornos da alimentação, anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescente, imagem corporal, insatisfação corporal, utilizando as partículas “e” “ou” nas combinações desses descritores.

Seleção dos estudos

Os critérios de inclusão foram: estudos publicados a partir de 1992, em português, inglês ou espanhol. Realizados com a população de adolescentes, considerando o critério de adolescência da Organização Mundial de Saúde de pessoas de 10 a 19 anos (WHO, 2006). Foram incluídos estudos epidemiológicos, série de casos clínicos em ambulatórios, centros de saúde e hospitais. Além de estudos realizados somente com o sexo feminino ou com ambos os sexos.

Os estudos selecionados foram aqueles com clara descrição de sua metodologia, da população estudada e dos instrumentais utilizados.

Foram excluídos estudos realizados em faixa etária que não compreendia a de adolescentes, porém estudos realizados com população de adultos ou crianças em que a faixa de adolescentes fosse abarcada foram considerados. Além disso, não foram considerados estudos com metodologia, instrumentais utilizados e desenho de estudo pouco claro.

Discussão

Transtornos alimentares e adolescência

Na literatura encontram-se pesquisas afirmando que a imposição do corpo magro como ideal de beleza e as diferentes transformações que ocorrem no corpo do adolescente, levam os jovens a apresentarem constante preocupação com seu peso e a não aceitação de seu corpo. Este fato contribuiria para a adolescência ser considerado um grupo de risco para o desenvolvimento dessas patologias, sendo o maior índice de transtornos alimentares

encontrados nessa faixa etária. As mudanças ocorridas no corpo adolescente com a chegada da puberdade seriam fatores de estresse que poderiam desencadear transtornos alimentares (Claudino & Zanella, 2005; Taylor, Caldwell, Baser, Faison & Jackson, 2007; Bear A., 2010).

No mundo, principalmente no ocidente, as pessoas gordas são rejeitadas e estigmatizadas. O medo de engordar surge do sentimento de desprezo que a idéia de gordura causa. Percebe-se que crianças demonstram preferência em brincar com outras crianças magras; associando, muitas vezes, magreza à inteligência, à agilidade e à popularidade e as crianças gordas são associadas à tolice (Kaufman, 2000).

Observou-se em alguns estudos mais recentes que o comportamento alimentar e a imagem corporal são constituídos ainda na pré-adolescência. Há estudos que apontam o desenvolvimento de percepções de atratividade física por volta dos sete anos de idade. Assim, é possível e importante se observar os transtornos alimentares e a insatisfação corporal em grupos de pré-adolescentes (Ferriani, Dias, Silva & Martins, 2005; Triches & Giugliani, 2007).

Quando ocorre um quadro alimentar patológico antes dos 14 anos, esses transtornos são denominados transtornos alimentares com início na infância ou transtornos alimentares de início precoce. As crianças podem apresentar uma gama mais ampla e variada de alterações do comportamento alimentar, que ocorrem em um continuum, desde o nascimento até a puberdade, podendo refletir situações passageiras ou problemas mais graves, com prejuízo do desenvolvimento. Mas além dos quadros de AN e BN, também são freqüentes quadros de restrição alimentar que não estão relacionados a preocupações com o corpo (Bryant-Waugh, 2000, Brasil & Moraes, 2003).

A faixa etária de maior risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes brasileiros é a entre 14 e 15 anos (Bertulino S., Ximenes & Sougey, 2012), idade

média de início das relações sexuais de ambos os sexos (Borges & Schor, 2002). O início das relações sexuais, a necessidade de ser aceito pelo parceiro sexual e as imagens apresentadas pela mídia do corpo perfeito para a realização de uma relação sexual plena podem aumentar a preocupação do adolescente com seu corpo no início de sua vida sexual (Swami *et al.*, 2010).

Prevalência de sintomas de transtornos alimentares em adolescentes

Até o ano 2000, a prevalência de transtornos alimentares na população dos Estados Unidos e Europa era relativamente baixa: 0,5% a 1%. Nos dois anos seguintes, o percentual saltou para expressivos 3,7%. No Brasil, os especialistas acreditam que exista a mesma tendência preocupante, afetando principalmente adolescentes entre 13 e 19 anos (Campos, 2002).

Em estudo realizado por Vilela, Lamounier, Dellaretti Filho, Barros Neto e Horta (2004), a prevalência encontrada foi de 13,3% para possíveis transtornos alimentares em crianças e adolescentes de 7 a 19 anos estudantes de escolas públicas das cidades de Dionísio, Inhaúma, Bom Jesus, Nossa Senhora do Carmo e Ipoema, todas no interior do Estado de Minas Gerais, provavelmente casos subclínicos com predomínio do sexo feminino. Prevalência esta próxima da encontrada em adolescentes do gênero feminino em Santa Catarina, de 16,6% por Alves, Vasconcelos, Calvo e Neves (2008).

No estudo realizado por Ximenes (2004), com adolescentes de 14 anos de idade, foi encontrada uma prevalência de 17,4% de sintomas positivos de transtornos alimentares na, sendo observada uma associação significativa entre sintomas de transtorno alimentar e gênero, com a prevalência mais elevada no gênero feminino, sem diferenciação significativa entre as classes sociais. Em outra pesquisa realizada com adolescentes de Recife, estes com idades entre 12 e 16 anos, Ximenes, Couto e Sougey (2010) encontraram a prevalência de sintomas de TA em 33,1% dos adolescentes pesquisados, segundo a escala de Testes de Atitudes

Alimentares-26 [EAT-26], utilizada para identificação de atitudes alimentares inadequadas ou não usuais. Em 1,7% dos adolescentes, foi encontrado um escore elevado na escala de Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo [BITE] e em 36,5%, o escore médio de sintomas nesta mesma escala. A escala BITE é utilizada para rastreamento de comportamentos mais específicos da compulsão alimentar e oferece resultados em duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas (Nunes, Appolinario, Galvão, Coutinho, 2006).

As taxas de adolescentes com sintomas de transtornos alimentares são alarmantes. Em pesquisa recente, realizada com ampla população de adolescentes de 10 a 19 anos, foi encontrada uma taxa de 32% de adolescentes com comportamentos inadequados, segundo o EAT-26 e 39,5% com sintomas de bulimia nervosa, segundo o BITE (Bertulino S *et al*, 2012).

Em estudos internacionais as taxas de sintomas de transtornos alimentares também são variadas. Dellel, Miller, Hipwell e Theodore (2009) encontraram prevalência de 9,3% em adolescentes do gênero feminino de 10 anos. Enquanto em adolescentes negros americanos de ambos os sexos, foi observada uma prevalência de sintomas de transtornos alimentares de 2.47% (Taylor *et al.*, 2007).

Acredita-se que a grande variação encontrada entre as prevalências de transtornos alimentares ocorreram em decorrência de vários fatores como: instrumentais utilizados, seleção da amostra participante da pesquisa e suas vicissitudes (idade, população a que pertence, classe social, gênero).

Transtornos alimentares e insatisfação corporal

No decorrer de sua existência, o indivíduo cria diferentes imagens mentais sobre o seu corpo. Estas imagens são construídas e desconstruídas incessantemente ao longo de sua vida, a partir de suas observações objetivas e experiências emocionais, sociais e físicas acumuladas. Mesmo sendo importante a opinião alheia para a construção de uma imagem corporal, é a

nossa concepção de nós mesmos que possui maior influencia na criação da imagem mental que criamos de nosso corpo (Conti, Slater & Latorre, 2009; Caetano, Tavares, Lopes & Poloni, 2009; Stenzel, 2006; Peres & Santos, 2006).

A estima corporal e a insatisfação corporal são consideradas por alguns autores como os dois componentes constituintes da imagem corporal. A primeira inclui aspectos gerais da pessoa, como: cabelo, rosto, pernas, peso e forma do corpo, ou seja, se refere ao aspecto global do corpo. Já a insatisfação corporal está diretamente ligada a preocupações com o peso, forma do corpo e gordura corporal. A insatisfação pode afetar aspectos da vida do indivíduo no que diz respeito ao seu comportamento alimentar, auto-estima e desempenhos psicossocial, físico e cognitivo (Triches & Giugliani, 2007). A insatisfação corporal está significativamente relacionada a outros transtornos, como: a depressão, os transtornos ansiosos e o transtorno obsessivo-compulsivo (Bear A, 2010; Souza A, Souza J, Hirai, Luciano & Souza N, 2011).

Os pacientes com transtornos alimentares possuem como característica o distúrbio da imagem corporal no núcleo de seus sintomas. A auto-avaliação desses indivíduos ocorre rigidamente a partir de seu peso e forma (Saikali, Soubhia, Scalfaro, Cordás, 2004). Segundo Triches e Giugliani (2007), dentre os dois componentes da imagem corporal é a insatisfação corporal que está intrinsecamente ligada aos transtornos alimentares.

Stenzel (2006) afirma que em decorrência das pesquisas em imagem corporal terem se destacado a partir dos transtornos alimentares, houve confusões entre os conceitos de imagem corporal e insatisfação corporal. Estas incorreções levaram a erros nas metodologias dos estudos e conseqüentemente a precárias interpretações dos dados, fatos que reforçaram a visão de que o conceito de imagem corporal se restringe a forma e peso.

A insatisfação corporal, a preocupação com o peso e a prática de dietas, a vulnerabilidade genética, as psicopatologias parentais, experiências adversas e pressões socioculturais são apontadas como possíveis fatores para o desenvolvimento de distúrbios na

alimentação. Aliado a isso, percebe-se que a insatisfação com o corpo está associada com baixa auto-estima e limitações no desempenho psicossocial com associações aos quadros depressivos (Claudino & Zanella, 2005; Triches & Giugliani, 2007, Kakeshita, Silva, Zanatta & Almeida, 2009).

Claudino e Zanella (2005) preconizam haver vários fatores entrecruzados que aumentam o risco do surgimento e a manutenção dos transtornos alimentares. Primeiramente, a pessoa teria fatores predisponentes aos transtornos alimentares, porém eles sozinhos não são suficientes para o desenvolvimento da patologia, seriam eles: fatores pessoais, familiares e culturais. Para o aparecimento dos transtornos alimentares seriam necessários os fatores precipitantes: insatisfação com o corpo e peso e realização de dieta para emagrecer. Por fim, a manutenção do transtorno alimentar ocorreria em decorrência de fatores como: conseqüências da desnutrição e do ciclo compulsão/purgação. Assim, percebe-se o quanto a insatisfação com o corpo está atrelada aos transtornos alimentares.

Prevalência de insatisfação corporal e transtornos alimentares

A relação entre insatisfação corporal e transtornos alimentares é altamente significativa, sendo este fato abordado em diferentes estudos (Claudino & Zanella, 2005; Costa, Vasconcelos & Peres, 2010, Bertulino S *et al.*, 2012).

Em uma amostra de bailarinos, Ribeiro e Veiga (2010) encontraram que aqueles indivíduos com desejo de ter uma silhueta menor que a própria tinham 2,7 vezes mais chances de desenvolverem transtornos alimentares que outros bailarinos. E entre aqueles bailarinos que desejavam uma silhueta menor que a mais saudável para si, a chance para comportamento de risco para transtornos alimentares era de 2,6 vezes. Ou seja, este resultado corrobora com a hipótese de que a insatisfação com a própria imagem corporal, aumenta o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares.

Em estudo realizado em Recife (Bertulino S *et al.*, 2012) a relação entre insatisfação corporal e os sintomas de transtornos alimentares variou neste estudo de 23,7 a 70,1%, dependendo do instrumento utilizado (EAT-26, sintomas - BITE ou gravidade - BITE). Essa variação, dentro desta proporção, é corroborada por outros estudos (Ximenes, 2004; Ximenes *et al.*, 2010; Costa *et al.*, 2010).

Os instrumentais utilizados para a avaliação dos transtornos alimentares e para a avaliação de insatisfação corporal assim como outros fatores (idade, cultura, classe econômica e gênero) podem influenciar na ampla variação da porcentagem entre transtornos alimentares e insatisfação corporal.

Transtornos alimentares e gênero

Diferente de estudos passados que consideravam somente jovens mulheres como grupo atingido, hoje se sabe que crianças de ambos os sexos e homens adultos também são acometidos por estes distúrbios da alimentação (Campos, 2002; Vilela *et. al.*, 2004; Peres & Santos, 2006).

No entanto, somente 10% dos pacientes em tratamento para transtornos alimentares são do sexo masculino, revelando uma diferença significativa entre os gêneros (Campos, 2002; Vilela *et. al.*, 2004). Bear A, (2010) em estudo prospectivo no Chile percebeu que entre 90 a 95% dos casos de transtornos alimentares ocorreriam em mulheres.

Diferenças de gênero (masculino e feminino) aparecem já na adolescência. As mulheres experimentam mais conflitos relacionados à comida, ao peso e à forma do corpo do que os homens. As pressões para se manterem magras já estão presentes, como pode ser notado através dos regimes iniciados por meninas, que revelam um medo mórbido de engordar (Ferron *et al.*, 1997; Kaufman, 2000).

Os garotos também sofrem distúrbios de imagem corporal, até mesmo quando muito jovens. Parece que a insatisfação quanto à imagem corporal difere entre meninos e meninas. As garotas exibem maior prevalência de insatisfação que os garotos e tendem a escolher uma imagem ideal mais magra. Os garotos sofrem de insatisfação também. Alguns preferem ser mais magros e outros, mais fortes. Em geral, essa insatisfação está relacionada à baixa auto-estima (Cohane & Pope, 2000).

Alguns autores na literatura começam a discutir as dificuldades relativas ao diagnóstico de transtornos alimentares no público masculino, ainda cercado por escassos estudos e muitos estereótipos, mesmo com o primeiro caso clínico de um homem com transtornos alimentares ter sido relatado em 1689 (Melin & Araújo, 2002).

Esses resultados levantam a hipótese de que a diferença encontrada entre a população feminina e masculina no que concerne aos transtornos alimentares é em decorrência das diferentes expectativas da sociedade para mulheres e homens.

Conclusões

Percebe-se a necessidade de mais estudos no âmbito dos transtornos alimentares. Muitas questões sobre essas patologias não estão claras. Como os fatores predisponentes reagem com os fatores precipitantes e os mantenedores? Qual é a real pressão exercida pelo meio social para a busca do corpo esbelto?

Há a necessidade de entendimento sobre de que maneira a cultura interfere nesses distúrbios do comportamento alimentar. Para isso são necessários estudos, principalmente estudos prospectivos e em populações não clínicas. Somente após um maior entendimento sobre os transtornos alimentares haverá a possibilidade de um combate mais eficiente a esse distúrbio tão inquietante.

Referências

- American Psychiatric Association, [APA], (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV-TR*. (4.^a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Appolinario, J. C., Cordás, T. A. & Claudino, A. M. (2002, dezembro). Apresentação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (s. III), 01-02.
- Bacaltchuck, J. & Hay, P. (1999, setembro). Tratamento da bulimia nervosa: síntese das evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21(3), 184- 187.
- Bear A, R. (2010). Quince años de investigación en trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. chil. neuro-psiquiat*. 48 (2), 135-146.
- Bertulino S, T. A., Ximenes, R. C. C. & Sougey, E. B. (2012). Association between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in a representative sample of adolescents in Recife – Brazil. Manuscrito submetido para publicação. Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE.
- Borges, A.L.V. & Schor, N. (2002). Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 21(2), 499-507.
- Brasil, A.L.D. & Moraes, D.E.B. (2003). Recusa alimentar na infância. Em Ancona-Lopes, F & Brasil, A. L. D. *Nutrição e dietética em clínica pediátrica* (pp.94-104). São Paulo, SP: Atheneu.
- Bryant-Waugh, R. (2000). Overview of the eating disorders. Em Lask, B. & Bryant-Waugh, R. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 27-40). East Sussex, UK: Psychology Press.

- Caetano, A. S., Tavares, M. C. G. C. F., Lopes, M. H. B. M & Poloni, R. L. (2009, março/abril). Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida e Auto-Imagem de Mulheres Incontinentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 15 (02), 93-97.
- Campos, R. (2002). Imagens irreais. *Revista Viver Psicologia*. 109, 24-29.
- Claudino, A. M. & Borges, M. B. F. (2002, dezembro). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (s. III), 07-12.
- Claudino, A. M. & Zanella, M. A. (2005). *Guia de transtornos alimentares. Série: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. Barueri, SP: Manole.
- Cohane, G.H. & Pope, H.G., Junior. (2001). Body image in boys: a review of literature. *Int. J. Eat. Disord.* 29, 373-379.
- Conti, M. A., Slater, B. & Latorre, M. R. D. O. (2009, junho) Validação e reprodutibilidade da Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal para Adolescentes. *Revista de Saúde Pública*.43(3), 515-524.
- Cordás, T. A. & Busse, S.R. (1995) Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. Em Louzã Neto, M. R., Motta, T., Wang, Y. P & Elkis, H. *Psiquiatria Básica* (pp.273-282). São Paulo, SP: Artes Médicas.
- Cordás, T. A. & Claudino, A. M. (2002, dezembro). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (s.III), 03-06.
- Costa, L.C.F., Vasconcelos, F.A.G. & Peres, K.G. (2010, abril). Influence of Biological, Social and Psychological Factors on Abnormal Eating Attitudes among Female University Students in Brazil. *J Health Popul Nutr.* 28(2), 173-181.
- Dellel, M.L., Hughes, T., Miller, F., Hipwell, A. & Theodore, L.A. (2009). Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups. *Psychol Schools*. 46(8), 767-75.

- Freitas, S. (2004). Transtornos Alimentares: Introdução, Diagnóstico, Epidemiologia e Etiologia. Em Brasil, M. A. A., Botega, N. J. *PEC. Programa de Educação Continuada: Título de Especialização em Psiquiatria 2000-2003*. (pp. 196-204). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Ferriani, M. G. C, Dias, T. S., Silva, K. Z. & Martins, C. S. (2005, março). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 5(1); 27-33.
- Ferron, F., Considine, R.V., Peino, R., Lado, I.G., Dieguez, C., Casanueva, F.F. (1997). Serum leptin concentrations in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and non-specific eating disorders correlate with the body mass index but are independent of the respective disease. *Clin Endocrinol, Oxford*. 46(3), 289-293.
- Kakeshita, I. S., Silva, A. I. P., Zanatta, D. P. & Almeida, S. S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 263-270. doi: 10.1590/s0102-37722009000200015
- Kaufman, A. (2000, outubro). Transtornos alimentares na adolescência. *Jornal Brasileiro de Medicina*.(001). Recuperado em 09 de setembro de 2011. Obtido em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=88
- Louzã Neto, M. R.; Motta, T.; Wang, Y. P & Elkis, H. (1995). *Psiquiatria Básica*. São Paulo, SP: Artes Médicas.
- Melin, P. & Araújo, A. M. (2002). Transtornos Alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (s. III), 73-76.
- Nunes, M. A., Appolinario, J. C., Galvão, A. N. & Coutinho, W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade*. (2ª. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Organização Mundial de Saúde, [OMS], (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2006). Contribuições do Desenho da Figura Humana para a Avaliação da Imagem Corporal na Anorexia Nervosa. *Medicina*. 39 (3), 361-370.
- Ribeiro, L. G. & Veiga, G. V. (2010, março/ abril). Imagem Corporal e Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares em Bailarinos Profissionais. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*.16 (2), 99-102. doi: 10.1590/s1517-86922010000200004
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M. & Cordás, T.A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 164-166.
- Stenzel, L. M. (2006) A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. Em Nunes, M. A., Appolinario, J. C., Galvão, A. N. & Coutinho, W. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp.73-81). Porto Alegre: RS, Artmed.
- Souza, A.A, Souza J. C., Hirai, E. S., Luciano, H. A. & Souza, N. (2011). Estudo sobre anorexia e bulimia nervosa em universitárias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(2), 195-198.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J.,& Anderson, D. ... Zivcic-Becirevic, I. The Attractive Female Body Weight and Female Body Dissatisfaction in 26 Countries Across 10 World Regions: Results of the International Body Project I. (2010). *Personality and Social Psychology Bulletin*. 36(3)325: 309.
Doi:10.1177/0146167209359702
- Taylor, J. Y., Caldwell, C. H., Baser, R. E., Faison, N. & Jackson, J. S. (2007, novembro). Prevalence of Eating Disorders among Blacks in the National Survey of American Life. *Int J Eat Disord*. 40: S10–S14. doi:10.1002/eat.20451

Triches, R. M.; Giugliani, E. R. J. (2007, abril). Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Revista de Nutrição*, 20 (2), 119-128. doi: 10.1590/S1415-52732007000200001

Turtelli, L. S. (2003). *Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Estudos da Atividade Física Adaptada, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.

Vilela, J. E. M., Lamounier, J. A., Dellaretti Filho, M. A., Barros Neto, J. R., & Horta, G. M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr*, 80 (1), 49-54. doi: 10.2223/JPED1133.

Ximenes, R. C. C. (2004). Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes com 14 anos de idade na cidade de Recife. (2004). Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, PE.

Ximenes, R. C. C.; Couto, G. B. L.; Sougey, E. B. (2010, janeiro). Eating Disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int. J. Eat. Disord.* 43(1), 59-64. doi: 10.1002/eat.20660.

4 METODOLOGIA ³

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo do tipo corte transversal, a forma mais simples de pesquisa populacional, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas em um dado momento. É um bom método para se detectar frequências das doenças, assim como identificar os grupos, na população, que estão mais e/ou menos afetados (PEREIRA, 2002).

A simplicidade, o baixo custo, a rapidez e a objetividade na coleta de dados são características dos estudos do tipo corte transversal. Há facilidade na obtenção de uma amostra representativa da população, sem a necessidade de seguimento das pessoas. Trata-se de uma boa opção para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco, aos quais pode ser oferecida atenção especial (PEREIRA, 2002).

3.2 ÁREA DE ESTUDO

O estudo desenvolveu-se na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. A cidade de Recife possui 218 km² de extensão territorial, com uma população de 1.537.704 habitantes (IBGE, 2010).

A escolha de Recife se deu além de motivos de facilitação da coleta de dados para a pesquisa, também pelos escassos dados presentes na literatura sobre transtornos alimentares na região, com exceção dos estudos de Ximenes (2004), Ximenes, Couto, Sougey (2010) e Cavalcanti (2010).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

Em decorrência de estudos anteriores não terem encontrado diferenças significativas entre estudantes públicas e estaduais, o estudo foi realizado somente em escolas públicas estaduais (XIMENES, 2004).

De acordo com os dados presentes no sítio da Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco – 2011, a cidade de Recife está dividida em duas Gerências Regionais de

³ Capítulo produzido utilizando as normas da ABNT 14724:2011

Educação (GRE): Norte e Sul. A GRE Recife Norte corresponde às áreas 1,2,3,4,9,10,11 do mapa geral da cidade do Recife e a GRE Recife Sul, às áreas 5,6,7,8,12,13,14 (Figura 1).

Foi estudada uma população de jovens, correspondendo a faixa etária de 10 a 19 anos de idade, de ambos os sexos matriculados nas escolas públicas estaduais de Recife no biênio 2010/ 2011. Ao todo são 165 escolas públicas estaduais em todo o município, que possuem alunos de 10 a 19 anos de idade, totalizando 90.497 adolescentes (Tabela 1).

A ampla faixa etária foi escolhida em decorrência dos vários estudos que apontam o aumento de pré-adolescentes com sintomas de transtornos alimentares. (XIMENES, 2009; DELLEL *et. al.*, 2009; VILELA *et. al.*, 2004). Desta forma, a utilização do critério de adolescência da Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados adolescentes pessoas entre 10 a 19 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), permitindo um desenho mais amplo de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal nesta população.

Tabela1 Distribuição do número de alunos de 10 a 19 anos de idade matriculados nas escolas públicas estaduais Gerência Regional.

POPULAÇÃO											
POPULAÇÃO	IDADE										
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Norte	545	1673	3190	3834	4212	4461	4684	4280	2854	1830	31563
Sul	1330	3580	5777	7006	7528	8316	8217	7851	5623	3706	58934
											90497

Fonte: Relação fornecida pela Unidade de Processamento de Dados - Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco (2011).

Mapa 1- Divisão da cidade do Recife nas Gerências Regionais de Educação Norte e Sul.



Fonte: Governo do Estado de Pernambuco

3.4 AMOSTRA

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de estudantes matriculados na rede estadual em Recife na faixa etária alvo da pesquisa e a partir da proporção esperada de adolescentes com sintomas de transtornos alimentares obtida do estudo realizado por Ximenes *et. al.* em 2010. Segundo a Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco havia, em 2010, 90.497 estudantes matriculados na rede estadual com idades entre 10 e 19 anos. Ximenes *et. al.* (2010) em sua pesquisa com estudantes de rede pública estadual em Recife encontrou a prevalência de 33,1% de alunos com sintomas de transtorno alimentares. Utilizando erro de 3,0% e confiabilidade de 95,0% na fórmula abaixo o programa EPI-INFO versão 6.04 para DOS obteve uma amostra de 852 alunos. Fórmula para o cálculo da amostra:

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

Onde:

m = Tamanho amostral

z = Valor da curva normal relativa á confiabilidade de 95,% (1,96);

p_e = Proporção esperada igual a 0,331;

e = erro de 3,0% (0,03);

N = tamanho populacional igual a 90.497 adolescentes.

n= amostra

Devido ao efeito *cluster* a amostra foi multiplicada por 1,25 e depois foi adicionada 20% na mesma em decorrência de possíveis perdas, totalizando uma amostra representativa da população adolescente recifense de 1228 adolescentes.

A amostra, do tipo probabilística, foi estratificada por maior facilidade operacional proporcionalmente ao número de alunos de cada GRE.

Foi estabelecido, o número de escolas em cada GRE a serem incluídas na pesquisa e posterior sorteio destas escolas (COCHRAN, 1977a; COCHRAN, 1977b). Do total de 165 escolas públicas estaduais pertencentes à cidade de Recife, foi selecionada uma amostra de 11 escolas na GRE Recife Sul e 9 escolas na GRE Recife Norte. Esse número foi calculado através do número de adolescentes em cada escola por Gerência Regional (dados fornecidos pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco) e envolve operacionalização e representatividade dentro do número das escolas. A Tabela 2 apresenta o número mínimo necessário de adolescentes pesquisados em cada gerência regional e faixa etária.

Tabela 2 – Distribuição do número de adolescentes da amostra por Gerência Regional (GRE) e faixa etária

AMOSTRA	IDADE										
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Norte	7	23	43	52	57	61	64	58	39	25	429
Sul	18	49	78	95	102	113	111	107	76	50	799
	25	72	121	147	159	174	175	165	115	75	1228

3.5 MATERIAL

Foram utilizados quatro questionários auto-aplicáveis para a coleta dos dados. Para os dados sócio-econômicos foi utilizado um questionário biodemográfico (APÊNDICE A) criado pelo grupo de pesquisa, acrescido de questões do questionário de Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEA, 2011), da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP (ANEXO I).

As escalas utilizadas para o rastreamento dos transtornos da alimentação foram: EAT - 26 (*Eating Attitudes Test -26*), Teste de Atitudes Alimentares – 26 (ANEXO J) e o BITE (*Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*), Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo, versão para adolescentes (ANEXO K).

Para o rastreamento da insatisfação corporal nos adolescentes foi utilizado o BSQ (*Body Shape Questionnaire*) (ANEXO L).

O Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test*) - EAT-26, foi desenvolvido por Garner *et. al.* (1982), tendo sua versão em português validada por Nunes *et. al.* (1994).

Em 2004, Bighetti *et. al.* validou a escala para adolescentes brasileiros. Seu ponto de corte é 20 (Nunes *et. al.*, 2006).

Na escala original do EAT havia 40 itens sendo que alguns itens eram redundantes, não aumentando o seu poder preditivo, assim os autores excluíram 14 desses itens constituindo assim a EAT-26. Esta nova escala, além de ser mais simples e econômica no que diz respeito à aplicação, mostrou grande correlação com a escala original. O instrumento EAT-26, originalmente construído para rastrear comportamentos presentes na anorexia nervosa, mede principalmente comportamentos alimentares restritivos, como dieta e jejum, e comportamentos bulímicos, como a ingestão excessiva de alimentos e vômitos provocados. Esta escala de avaliação de transtornos alimentares indica a presença de padrões alimentares anormais. Não é possível fazer o diagnóstico com o teste, mas foi verificado que ele detectava casos clínicos em populações de alto risco e identificava indivíduos com preocupações anormais com relação à alimentação e o peso. Sendo assim, o EAT-26 é ideal para estudos de rastreamento e pode ser utilizado para identificar precocemente o transtorno alimentar, conduzir a um tratamento precoce e reduzir a morbidade e a mortalidade (DOTTI; LAZZARI, 1998; CORDÁS; NEVES, 1999; GARNER, 2000; NUNES *et. al.*, 2001; VILELA *et. al.*, 2004).

O Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (*Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*) – BITE foi desenvolvido por Herderson e Freeman, em 1987, para o rastreamento e a avaliação da gravidade da bulimia nervosa a partir da avaliação de aspectos cognitivos e comportamentais. Foi traduzido para o português como Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo por Cordás e Hochgraf, em 1993 sendo validado na população brasileira. A tradução do BITE para uso em adolescentes brasileiros foi realizada por Ximenes *et. al.* (2011), com 109 adolescentes da cidade do Recife. A autora obteve como o menor percentual da concordância observada 88,9% e o menor valor de kappa foi 0,60, indicando que a concordância variou de boa a excelente. Na análise intra-examinador, o menor percentual de coincidência observada correspondeu a 88,9%, enquanto que o valor de kappa foi no mínimo igual a 0,73. O alfa de Cronbach foi igual a 0,76 (superior a 0,75), indicando um grau razoavelmente elevado de consistência interna.

O BITE fornece os resultados em duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas. Escores de sintomas igual ou maior que 20 indicam comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia nervosa; escores entre 10 e 19 sugerem padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica. Na escala de gravidade, escores

maiores que cinco indicam gravidade significativa e escores maiores ou iguais a dez indicam grande intensidade (NUNES *et. al.*, 2006).

O BSQ - *Body Shape Questionnaire* é utilizado para estudos em que há o objetivo de avaliar a insatisfação corporal de um indivíduo. A escala BSQ foi desenvolvida por Cooper e colaboradores em 1987 para a população norte-americana e traduzido para o português (brasileiro) em 2003 por Di Pietro, Xavier e Silveira. Em 2009, o BSQ foi validado para a população de adolescentes brasileiros por Conti, Cordás e Latorre. Tendo obtido boa performance ao apresentar evidências de confiabilidade e validade (NUNES *et. al.*, 2006, CONTI; CORDÁS; LATORRE, 2009).

O BSQ avalia aspectos da imagem corporal relacionados à preocupação e ao comportamento dos indivíduos em relação a sua aparência física, sendo constituído por 34 questões respondidas através de uma escala Likert variando de 1 (nunca) a 6 (sempre). Foram encontrados dois tipos de classificações propostas na literatura brasileira. Conti, Cordás e Latorre, em seu estudo de 2009 utiliza a classificação proposta por Cordás em 1994, porém no estudo de Caetano *et. al.*, também de 2009, é utilizada a classificação proposta por Di Pietro em 2001.

A pontuação proposta por Di Pietro (2001) pode variar de 34 a 204 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação maior a insatisfação com a imagem corporal. A classificação para as respostas são divididas em três categorias: 1ª - “possuem quase nenhuma preocupação com sua aparência” (pontuação ≤ 100); 2ª - “possuem preocupação leve com sua aparência” (pontuação entre 111 e 138) e 3ª - “preocupam-se além da conta com sua aparência.

A pontuação proposta por Cordás (1994) é composta por quatro categorias. A 1ª categoria corresponde os considerados “Sem insatisfação corporal”, correspondendo os < 80 ; a 2ª categoria é a de “Leve Insatisfação corporal”, correspondendo a pontuação de 80 a 110; a 3ª categoria é a “Moderada Insatisfação Corporal” e a 4ª e última categoria são compostas pelas pessoas com “Intensa insatisfação Corporal” com a pontuação >140 . Sendo esta a pontuação utilizada por esta dissertação em decorrência de ser a pontuação utilizada na validação em uma população de adolescentes, não clínica.

O questionário de Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB, 2011) foi criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) com o objetivo de segmentar a população brasileira por critérios econômicos, utilizando o levantamento de características dos domicílios brasileiros, como: a presença e quantidade de itens de conforto no domicílio e o grau de escolaridade do chefe da família.

A pontuação do CCEB varia de 0 a 46 pontos, de acordo com as características do domicílio. Então, após a pontuação é realizada a correspondência entre as faixas de pontuação e os estratos de classificação, divididos em: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, como demonstrado no quadro 1.

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

Quadro 1: Cortes do Critério Brasil para a classificação econômica da população

O CCEB foi desenvolvido a partir do Levantamento Sócio Econômico (LSE), sendo atualizado constantemente a partir de novos levantamentos são realizados pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE). Para a versão do CCEB 2011, em vigor desde abril de 2011, foi utilizado como base o LSE de 2009.

O LSE é realizado em 10 regiões metropolitanas do país, são elas: Grande São Paulo, Grande Rio de Janeiro, Grande Porto Alegre, Grande Florianópolis, Grande Curitiba, Grande Belo Horizonte, Distrito Federal, Grande Salvador, Grande Recife e Grande Fortaleza. Este levantamento é realizado anualmente, mapeando as características sociais, demográficas e econômicas das famílias a partir de uma amostra probabilística.

A utilização do CCBE tem como objetivo uma maior clareza na coleta das informações, pois foi percebido, no estudo piloto, que a utilização da renda familiar como critério de classificação econômica era falho, pois muitos adolescentes não tinham esta informação.

As escalas auto-aplicáveis foram utilizadas em decorrência da facilidade de seu uso. Este tipo de instrumento permite rápida aplicação em grande número de indivíduos, é econômica e objetiva, além de admitir que os respondentes possam responder sem a possível

vergonha de uma entrevista face a face. Entretanto, por não avaliar com exatidão alguns conceitos este instrumento não permite uma resposta diagnóstica (CONTI; SLATER; LATORRE, 2009; NUNES *et. al.*, 2006; PERES; SANTOS, 2006).

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA

As coletas foram realizadas nas próprias escolas, nos intervalos das aulas, no turno de frequência dos alunos. Para melhor qualidade da coleta, esta foi realizada em sala separada cedida pela escola. Os alunos participaram da coleta após a entrega do termo de compromisso assinado por ele e por seu responsável.

As etapas da coleta foram assim divididas:

- A. Sorteio das escolas, a partir de lista fornecida pela Secretaria de Educação de PE.
- B. Realização de contato com a direção da escola para a possibilidade de realização da pesquisa.
- C. Explicação da metodologia de pesquisa aos alunos e entrega dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) àqueles interessados em participar do estudo. Este termo deveria ser assinado pelos alunos e por seus responsáveis quando os participantes menores de 18 anos (APÊNDICE B) e somente pelos alunos quando maiores de 18 anos (APÊNDICE C).
- D. Aplicação dos instrumentais escolhidos: o questionário biodemográfico, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo – BITE e o *Body Shape Questionnaire* (BSQ).

3.7. ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de avaliar as condições de aplicabilidade dos instrumentos necessários à realização da pesquisa, foi realizado um estudo piloto.

Primeiramente, foi realizada a padronização da aplicação dos instrumentos de coleta entre a equipe de pesquisa, composta pela pesquisadora responsável, psicóloga e mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Tatiana Araújo Bertulino da Silva; dois alunos do curso de graduação em Odontologia, sendo um aluno da UFPE (Thulio Gustavo Moura) e uma da Universidade de Pernambuco (UPE) (Marina Torreão), uma aluna do Curso de Graduação em Enfermagem,

UFPE (Manuelle Holanda). Todos os alunos participantes do projeto pertenciam ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

O estudo piloto foi realizado no Projeto Santo Amaro, mantido pela Escola de Educação Física da Universidade de Pernambuco, na cidade do Recife, durante o período de quatro semanas, onde pesquisadora e assistentes avaliaram 300 adolescentes. A escolha da captação de dados do projeto piloto no Projeto Santo Amaro deveu-se ao fato de sua população de adolescentes ser constituída por estudantes da Rede Pública de ensino, de ambos os sexos e entre 10 a 17 anos, semelhante à amostra coletada no estudo original.

Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (ANEXO M), os questionários foram aplicados, sob as condições propostas para a pesquisa. Foram realizadas palestras com os adolescentes do projeto, utilizando temáticas da saúde, como forma de retorno à comunidade participante.

3.7.1 Resultados e discussão do estudo piloto

No estudo piloto foram utilizadas técnicas de estatística descritiva através de distribuições absolutas, percentuais e das medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão na análise dos dados. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

O programa utilizado para a digitação e armazenamento dos dados foi o Excel 2010 e as análises foram realizadas no Bioestat 5.0.

A freqüência de anorexia nervosa pelo EAT-26 encontrada no presente estudo foi de 32,3%, semelhante aos resultados obtidos por Ximenes; Couto; Sougey (2010) e por Pinto *et. al.* (2009) que em seu estudo analisou estudantes e observou que aproximadamente 28% dos alunos possuíam risco elevado de apresentar transtornos alimentares. As taxas desses estudos são tão expressivas quanto os resultados encontrados por Dunker; Fernandes; Carreiro Filho (2009) que encontraram a taxa de 34,3% no EAT-26 de pessoas com comportamentos sugestivos de transtornos alimentares.

A freqüência de alunos sugestivos de bulimia nervosa, pelo BITE, foi de 2,3%, semelhante à obtida por Souza *et. al.*, 2002, que foi de aproximadamente 4% entre estudantes universitárias, onde as mesmas apresentaram padrão alimentar severamente perturbado e compulsão para comer, além de ser similar a faixa apontada pela literatura internacional de uma prevalência esperada entre 1% e 4% (VALE *et. al.*, 2011).

Ainda em relação à escala BITE sintomas, foram encontrados, 36,67% alunos com escore entre 10-19, escore esse sugestivo de padrão alimentar não usual. No estudo de Cenci; Peres; Vasconcelos (2009) o valor encontrado para a categoria de comportamentos alimentares não usuais foi de 20,9%.

Essas altas taxas de sintomatologia positiva para transtornos alimentares colocam em debate se esses transtornos estão aumentando na população ou se os rastreamentos destes estão mais eficientes. Porém, é interessante notar que esta população sintomática, nem sempre desenvolverá o transtornos de forma completa e uma parte ínfima buscará tratamento nos Centros de Saúde.

A proporção de adolescentes de gênero feminino com sintomas positivos de transtornos alimentares encontrada nesse estudo foi a mesma para o gênero masculino, sendo o índice de 1:1. Em estudos anteriores, o gênero feminino é o mais atingido pelos transtornos alimentares (VAN DER BERG, *et. al.* 2010a, VAN DER BERG, *et. al.* 2010b, XANTHOPOULOSA *et. al.* 2011). Em estudo publicado por Mehler (2003), foi demonstrada distribuição de ocorrências entre mulheres e homens de 10:1 a 20:1.

A insatisfação com a imagem corporal entre os adolescentes que participaram Do estudo piloto foi de 5,6%. Atualmente existe poucas dúvidas de que o mais prevalente aspecto da insatisfação dos adolescentes em relação a seu peso e aparência é a crença de que eles estão acima do peso, mesmo quando têm seu peso eutrófico ou abaixo do recomendado. Sugere-se que a pressão social seja responsável pelas preocupações acerca da imagem corporal nestes adolescentes (PESA; SYRE; JONES, 2000). Há evidências de que os meios de comunicação podem contribuir para uma maior insatisfação com a imagem corporal, exacerbando dificuldades naturais de aceitação do próprio corpo, na medida em que transmitem imagens e padrões estéticos centrados na magreza como ideal de beleza (REATO, 2001).

Essa falta de diferença na sintomatologia de transtornos alimentares entre os gêneros nesse estudo piloto pode ter ocorrido em decorrência do tamanho reduzido da amostra. A segunda hipótese é o fato desses adolescentes, todos participantes do Projeto Santo Amaro, que propõe a saúde pela Educação Física, estão sob os mesmo efeitos de pressão pela imagem corporal.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 17.

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas e as medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão (técnicas de estatística descritiva) e foram utilizadas técnicas de estatística inferencial através do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas.

O nível de significância utilizado nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO⁴

4.1 ARTIGO ORIGINAL: ASSOCIATION BETWEEN BODY DISSATISFACTIONS AND SYMPTONS OF EATING DISORDERS IN A REPRESENTATIVE SAMPLE OF ADOLESCENTS IN RECIFE –BRAZIL

Association between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in a representative sample of adolescents in Recife - Brazil⁵

Tatiana Araújo Bertulino da Silva. Master Student. Department of Neuropsychiatry - Federal University of Pernambuco - Brazil

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. PhD. Nursery Department, Vitoria Academic Center, Federal University of Pernambuco - Brazil

Everton Botelho Sougey. PhD. Department of Neuropsychiatry - Federal University of Pernambuco - Brazil

Correspondence to:

Tatiana Bertulino

Rua Ildefonso Araújo do Rego, 72. Várzea, Recife-PE. BRAZIL

CEP: 50810-210

tatiana_bertulino@yahoo.com.br

⁴ Resultados e discussão apresentados sob forma de três artigos.

⁵ Artigo submetido na *International Journal of Eating Disorders*, utilizando as Regras da *International Committee of Medical Journal Editors* (Vancouver)(ANEXO N).

Abstract

Objective: To determine the prevalence of body dissatisfaction in students with symptoms of eating disorders.

Method: Cross sectional study with 1435 adolescents of both sexes aged 10 to 19, from self-reported questionnaires (EAT-26, BITE and BSQ).

Results: Prevalence of body dissatisfaction in adolescents with symptoms of eating disorders by EAT-26 and positive symptoms in BITE was 57.3% and 70.1%, respectively. The prevalences were higher in females between 14 and 15 years and the middle socioeconomic class.

Discussion: The survey revealed a significant relation between body dissatisfaction and eating disorders and the increased susceptibility of women and middle socioeconomic class in developing these diseases. Probably the onset of sexual life is related to the development of body dissatisfaction.

Key words: Eating Disorders. Body Dissatisfaction. Adolescent.

Association between body dissatisfaction and inappropriate eating behaviors in students

From the diagnostic criteria for eating disorders, reported in the current classification systems of mental disorders, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV – TR)¹ and the International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10)², one realizes the importance of distorted self-image in these disorders. Even the field of study in body image not being restricted to eating disorders, it was in this area that many of the concepts of body image were observed. Studies in body image had its beginnings at the turn of the twentieth century, with the investigation of perceptual disturbances in patients with brain injuries, but it were from researches in eating disorders that there was a big boost to the body image study.^{3,4}

The body esteem and body dissatisfaction are considered by some authors as the two constituent components of body image. The first includes general aspects of the person, such as hair, face, legs, weight and body shape, in other words, refers to the overall look of the body. Since body dissatisfaction is directly linked to concerns about weight, body shape and body fat. Dissatisfaction can affect the individual's aspects of life with regard to their eating behavior, self-esteem and psychosocial, physical and cognitive performances.⁵

Patients with eating disorders are characterized by the body image disturbance in the core of their symptoms. The self-assessment of these individuals is rigidly from its weight and forma.⁶ According to Triches and Giugliani⁵, among the two components of body image is the body dissatisfaction which is intrinsically linked to eating disorders.

The body dissatisfaction in conjunction with the preoccupation with weight and dieting practices are identified as possible predisposing elements to the development of eating disorders. Allied to this, it is clear that body dissatisfaction is associated with low self-esteem and limitations in the psychosocial performance with associations with depressions.^{5, 7, 8}

In the literature, there are studies claiming that the imposition of the thin body as ideal of beauty and the different transformations that occur in the body of a teenager, lead young people to present their constant preoccupation with weight and non-acceptance of the body. This fact would contribute to that adolescence was considered a risk group for eating disorders. However, it was observed, in some recent studies, that eating behavior and body image are built early in the pre-adolescence. There are studies that indicate the development of perceptions of physical attractiveness at around seven years old. Thus, it is possible and important to observe the body dissatisfaction in groups of pre-teens.^{5,9}

There are a few studies in nonclinical populations in Brazil, mainly in adolescents. For this reason, this study aimed to determine the prevalence of body dissatisfaction in young students from state public schools in Recife who have symptoms of eating disorders. In this study, along with eating disorders and body dissatisfaction, the gender, age, social class of adolescents and education of their guardians were evaluated.

METHODOLOGY

It is a cross-sectional study conducted on students of both genders, aged 10-19 years, enrolled in state public schools in Recife, capital of Pernambuco, located in northeastern Brazil, year 2011. Using the teenager's criteria of the World Health Organization (WHO)¹⁰, where teenagers are considered those whose age is between 10 and 19 years, it was allowed a broader drawing of symptoms of eating disorders and body dissatisfaction in this population.

According to the data present on the Department of Education of the State of Pernambuco – 2011, the city of Recife had 165 state schools across the county. In them 85,701 students were enrolled, aged between 10 and 19 years. Ximenes; Couto; Sougey¹¹ found a prevalence of 33.1% of students from public schools in Recife with eating disorders

symptoms. Using this ratio, 3.0% error and 95.0% reliability of the EPI-INFO version 6.04 for DOS, it was obtained a sample of 852 students. However, due to possible losses, 20% was added to the total sample multiplied by 1.25, due to the cluster effect, obtaining a representative sample of 1347 adolescents. The sample was collected from March to November 2011, at the school during breaks from classes by a team of trained researchers. There were no significant losses.

Among several screening tools existent to verify positive symptoms of eating disorders, were chosen the Eating Attitudes Test – 26 (EAT-26)¹², which has the characteristic of tracking inappropriate eating behaviors, and the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh – BITE¹³, which evaluates bulimic behaviors.

The Brazilian Adolescent Portuguese version of the EAT-26^{14, 15} and the Brazilian adolescent version of BITE^{16,17} maintained the structure and content of the original questionnaire and were used to evaluate the adolescents in this study. The BITE scale, produced by Henderson and Freeman¹³ and translated in Brazil for the use with adolescents by Ximenes et. al.,¹⁷ is used for tracking more specific behaviors of binge eating and provides results in two scales: severity and symptoms.¹⁸ The *Body Shape Questionnaire* – BSQ^{19,20} was used to assess body dissatisfaction of young people. A biodemographic questionnaire was also applied to analyze socioeconomic factors.

For the data analysis was obtained absolute distributions, univariate and bivariate percentages and statistical measures: mean, median and standard deviation (descriptive statistics) and inferential statistics through the chi-square test of Pearson or Fisher's exact test when the conditions for using the chi-square were not verified. The significance level used in the statistical tests was 5% and the intervals were obtained with 95.0% confidence.

The statistical program used for data entry and retrieval of statistical calculations was SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 17.

The study project was approved by the Ethics Committee from the Federal University of Pernambuco in Recife, State Department of Education and the schools' principals. Parents and legal guardians of the participating adolescents signed informed consent forms authorizing participation. The adolescents also gave their written consent to participate in the study.

RESULTS

Among the selected schools for this study, one of them did not agree to participate, being replaced by another school with the same characteristics. 1435 students participated in the survey.

According to the EAT-26, 459 (32%) of the adolescents had inappropriate eating behaviors. According to the BITE, 497 adolescents (34.6%) had average symptoms, and 71 (4.9%) had severe symptoms for bulimic behavior. The body dissatisfaction occurred in 444 (30.9%) adolescents (Table 1).

Both in the EAT-26 (34.1%) and the BITE (41.9%), there were significant differences ($p < 0.05$) in inappropriate behavior in relation to gender, with higher prevalence in female adolescents. The females teens also had, significantly, higher body dissatisfaction (37%) than male adolescents and the range of 14 to 15 years with the highest prevalence of dissatisfaction (37.5%). In BITE scale, this same age group had, significantly, the highest prevalence of symptoms (47.3%) (Tables 2 and 3). However, in the EAT-26 scale, age was not significant for inappropriate eating behaviors.

About 60% of adolescents with positive symptoms of eating disorders, tracked by the EAT-26, showed body dissatisfaction (Table 4). Since 70.1% of adolescents with body dissatisfaction had symptoms of nervous bulimia, by the BITE scale. It was found that in adolescents with severe bulimia symptoms, the body dissatisfaction was more intense.

No correlation was observed between the parents educational level with the positive symptomatology for eating disorders, but when these symptoms were present, the lowest level of parental education was related with more severe symptoms of BITE (Table 5).

In the BITE scale, positive symptoms for nervous bulimia were significant in regard to social classes, with a higher prevalence in the middle class (36.2%).

DISCUSSION

In this study, the prevalence of positive symptoms of eating disorders (32% in the EAT-26, 34.6% for average symptoms and 4.9% for severe symptoms at BITE), corresponded to the values found in the survey conducted by Ximenes; Couto; Sougey (2010)¹¹ in the same city, but with adolescents aged 12 to 16 years. There were differences in severe symptoms, with an increase of adolescents detected from 1.7% to 4.9%. This difference may be due to the increase of age in this study, reaching an older population, and probably with eating disorders aggravated by time.

In other studies^{17, 21, 22, 23}, including those in other cities and countries, the prevalence of eating disorders ranged from 7% to 33.1%. It is believed that this large variation between the prevalence occurred due to several factors such as: instruments that were used, sample selection of research participants and their vicissitudes (age, population they're affiliated, social class, gender).

The rate of body dissatisfaction in this study (30.9%) is supported by studies in other cities and countries²⁴, as the research by Dellel et. al.²¹, where approximately 35% of pre-teens between 9 and 10 year olds had body dissatisfaction. But this rate also varied, as in the study of Alves et. al.²², that found 18.8% of dissatisfaction in teen girls.

The rate of body dissatisfaction was higher than the symptoms of eating disorders, which can be explained by the fact that body dissatisfaction is a predisposing factor to the disorder and not an indicator of eating disorders.^{22,25}

The relationship between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders, in this study, ranged from 23.7 to 70.1% depending on the instrument used (EAT-26, symptoms – BITE, or severity – BITE). This variation, in this proportion, is corroborated by other studies.^{11,23,26}

The instruments used for assessment of eating disorders and body dissatisfaction as well as other factors (age, culture, economic class and gender) may influence the wide variation in the percentage between both of them. As in this study, in most researches, this relationship is significant.^{25,26}

The age group with the highest rate of body dissatisfaction in this study was 14-15 years, which may be related to the onset of sexual activity that occurs on average at this age for both sexes in Brazilian population.²⁷ The onset of sexual activity, the need to be accepted by the sexual partner and the images presented by the media of a perfect body to carry out a full sexual intercourse may increase the adolescent's worries with his body at the beginning of your sexual life.²⁸

The highest percentage of body dissatisfaction among females is found in several studies, which is a significant difference.^{8,29,30} As the sponsor of this gender difference is a higher pressure for thinness in women, exercised by both the media and the family to get to slimness²⁶.

The relationship between low educational levels from the parents with greater severity of eating disorders in adolescents, found in this study, revealed parental influence – especially mothers – which teens are submitted.³⁰ The comments related to body image, made by parents, have a great importance for the adolescents.^{31,32} Hypothesis are considered, that parents with low education have less information about eating disorders, making comments about body shape and feeding of teenagers in a more harshly way, increasing the severity of eating disorders in this group. However, the lack of relationship between the parents' instruction and the symptoms of inappropriate eating behaviors corroborated with the study of Linville³³.

In the present study, the difference between the socioeconomic classes was significant according to the symptom-BITE scale. It was found that the class C - with an average income of approximately \$ 670.00 (in January 2012) had the highest number of people with symptoms of eating disorders. This result was similar to the findings of Costa et al.²⁶.

The findings showed that greater body dissatisfaction occurred in the group of the higher economic population, not significantly, in agreement with the study by Swami et. al.²⁸ in several parts of the world. On the other hand, the research by Van Der Berg et al.⁸, the highest level of body dissatisfaction was found in the lower economic range of the population. This difference may be due to factors such as: choice of instruments for body dissatisfaction assessment, the population studied, in other words, students from a restricted area, with few variations in relation to socioeconomic aspects, among others.

CONCLUSION

The high rate of positive symptoms of eating disorders shared with the high incidence of body dissatisfaction demonstrated the importance of studies in nonclinical populations and

the development of methods for primary prevention. Although the current studies show the increase of eating disorders in male adolescents, female adolescents still are at increased risk of developing these disorders. In addition, there are few studies that explain the importance of the influence of the parents in the development and maintenance of eating disorders, being essential to better understanding of these disorders.

The development of prevention programs can reduce the suffering and the cost of the treatments in eating disorders, which are expensive and last for a long time. Schools are sites par excellence for the attainment of prevention, because it's the habitat in which the adolescent feels good among their peers.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank the Coordination of Improvement of Higher Education (CAPES) for research funding, and also to adolescents and their guardians.

References

1. American Psychiatric Association – APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV-TR, 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Organização Mundial de Saúde - OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
3. Stenzel LM. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: Nunes MA et. al. Transtornos Alimentares e Obesidade. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 73-81.
4. Turtelli LS. Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica. Dissertation (Master Degree in Physical Education). Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
5. Triches RM; Giugliani ERJ. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. Rev. Nutr. 2007 Apr; 20(2):119-128.
6. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Rev Psiquiatr Clin. 2004; 31(4):164-66.
7. Kakeshita IS, Silva AIP, Zanatta DP, Almeida SS. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. Psic: Teor e Pesq. 2009; 25(2):263-270.
8. van den Berg PA, Mond J, Eisenberg M, Ackard D, Neumark-Sztainer D. The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. J Adolesc Health. 2010 Sep; 47(3): 290–296.
9. Ferriani MGC, Dias TS, da Silva KZ, Martins CS. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005 Mar; 5(1):27-33.
10. World Health Organization - WHO. Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents 2006 [Internet]. Disponível em: <http://www.euro.who.int>
11. Ximenes RCC, Couto GBL, Sougey EB. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. Int J Eat Disord. 2010 Jan; 43(1):59-64.
12. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982; 50: 3-13.
13. Henderson M, Freeman C P. A self-rating scale for bulimia. The BITE. Brit J Psychiatr. 1997;150:18-24.

14. Bighetti . et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J Bras Psiquiatr*, 2004; 53(6):339-46.
15. Nunes MA, Bagatini L, Abuchaim AL. Considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). *Rev ABP-APAL* 1994; 16: 7-10.
16. Cordás TA, Hochgraf PB. O BITE. Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *J Bras Psiquiatr*, 1993; 42:141-44.
17. Ximenes RCC, Colares V, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. *Arq Bras Psicol*, 2011; 63(1): 52-63.
18. Nunes MA, Appolinario JC, Galvão NA, Coutinho W et. al. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
19. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper M, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J of Eat Disord*, 1987; 6: 485–494.
20. Conti MA, Cordas TA, Latorre MRDO. A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2009 Sep; 9(3):331-38.
21. Dellel M, Hughes T, Miller F, Hipwell A, Theodore LA. Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups. *Psychol Schools*, 2009; 46(8): 767-75.
22. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Mar; 24(3): 503-512.
23. Ximenes RCC. Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes com 14 anos de idade na cidade de Recife. 2004. 136 f. Dissertation (Master Degree in Pediatric Dentistry) – Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragibe.
24. Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Pretoski EL. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiquiatr RS*. 2010; 32(1): 19-23.
25. Claudino AM, Zanella MT. *Transtornos Alimentares e Obesidade: Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp – Escola Paulista de Medicina*. Barueri (SP): Manole Publisher; 2005.
26. Costa LCF, Vasconcelos FAG, Peres KG. Influence of Biological, Social and Psychological Factors on Abnormal Eating Attitudes among Female University Students in Brazil. *J Health Popul Nutr*. 2010 Apr; 28(2):173-181.
27. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002; 21(2): 499-507.

28. Swami V, Frederick DA, Aavik T, Alcalay L, Allik J, Anderson D et al. The Attractive Female Body Weight and Female Body Dissatisfaction in 26 Countries Across 10 World Regions: Results of the International Body Project I. *Pers Soc Psychol Bull* 2010;36(3):309-325.
29. Xanthopoulou MS, Borradaile KE, Hayes S, Sherman S, Veurb SV, Grundy KM et al. The impact of weight, sex, and race/ethnicity on body dissatisfaction among urban children. *Body Image*. 2011;8:385-389.
30. van den Berg PA, Keery H, Marla Eisenberg LP, Neumark-Sztainer D. Maternal and adolescent report of mothers' weight-related concerns and behaviors: longitudinal associations with adolescent body dissatisfaction and weight control practices. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(10):1093–1102.
31. Mills JS, Miller JL. Experimental effects of receiving negative weight-related feedback: A weight guessing study. *Body Image*. 2007;4:309–316.
32. Shomaker L, Furman W. Interpersonal influences on late adolescent girls' and boys' disordered eating. *Eat Behav*. 2009;10:97–106.
33. Linville D, Stice E, Gau J, O'Neil M. Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: A 3-year longitudinal study. *Int J Eat Disord*. 2011;44:745-751.

Table 1 – Distribution of students surveyed according to the classification of the questionnaires for eating disorders (EAT-26, BITE) and body dissatisfaction (BSQ)

Variant	N	%
TOTAL	1435	100,0
EAT-26		
Negative	976	68,0
Positive	459	32,0
Ocorrence of symptoms (BITE)		
No symptoms	867	60,4
Average symptoms	497	34,6
Severe symptoms	71	4,9
Gravity of symptoms (BITE)		
Non-significative	1266	88,2
Significative	132	9,2
Great intensity	37	2,6
Body Dissatisfaction (BSQ)		
No dissatisfaction	991	69,1
Light dissatisfaction	216	15,1
Average dissatisfaction	137	9,5
Intense dissatisfaction	91	6,3

EAT – 26: Eating Attitudes Test – 26.
BITE: Bulimic Investigatory Test of Edinburgh
BSQ: Body Shape Questionnaire

Table 2 – Evaluation of EAT-26 according to the sociodemographic data

VARIANT	EAT-26						Rating of p	OR (IC à 95%)
	Negative		Positive		TOTAL			
	n	%	n	%	N	%		
Total Group	976	68,0	459	32,0	1435	100,0		
Age group								
10 to 11	110	62,1	67	37,9	177	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,292	1,00
12 to 13	219	66,8	109	33,2	328	100,0		1,22 (0,84 a 1,79)
14 to 15	226	67,7	108	32,3	334	100,0		1,27 (0,87 a 1,86)
16 to 17	250	70,4	105	29,6	355	100,0		1,45 (0,99 a 2,12)
18 to 19	171	71,0	70	29,0	241	100,0		1,49 (0,99 a 2,25)
Gender								
Male	329	72,6	124	27,4	453	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,011*	1,37 (1,08 a 1,76)
Female	647	65,9	335	34,1	982	100,0		1,00
Siblings?								
Yes	911	67,7	434	32,3	1345	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,377	1,00
No	65	72,2	25	27,8	90	100,0		1,24 (0,77 a 1,99)
Place occupied in family								
Youngest	333	65,8	173	34,2	506	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,505	1,00
Eldest	332	68,3	154	31,7	486	100,0		1,12 (0,86 a 1,46)
Middle son	246	69,7	107	30,3	353	100,0		1,19 (0,89 a 1,60)
No siblings	65	72,2	25	27,8	90	100,0		1,35 (0,82 a 2,22)
Parents or guardians scholarship								
Illiterate	44	56,4	34	43,6	78	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,188	1,00
Incomplete Elementary	246	69,5	108	30,5	354	100,0		1,76 (1,07 a 2,91)
Elementary	272	66,8	135	33,2	407	100,0		1,56 (0,95 a 2,55)
High School	343	69,2	153	30,8	496	100,0		1,73 (1,07 a 2,82)
College	71	71,0	29	29,0	100	100,0		1,89 (1,02 a 3,52)
BECC								
A	6	50,0	6	50,0	12	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,288	1,00
B	227	65,4	120	34,6	347	100,0		1,89 (0,60 a 5,99)
C	644	69,4	284	30,6	928	100,0		2,27 (0,73 a 7,09)
D+E	99	66,9	49	33,1	148	100,0		2,02 (0,62 a 6,59)

(*): Difference significant at 5,0%.

(1): Using the Chi-square test of Pearson.

EAT – 26: Eating Attitudes Test – 26.

BECC – Brazilian Economic Classification Criteria. A: \$5573, B: \$2089 C: \$670 D+E: \$547

Table 3 – Evaluation of the occurrence of symptoms in BITE according to sociodemographic data

VARIANT	Occurrence of symptoms (BITE)						TOTAL		Rating of pr
	No symptoms		Average symptoms		Severe symptoms		n	%	
	n	%							
Total Group	867	60,4	497	34,6	71	4,9	1435	100,0	
Age group									
10 to 11	113	63,8	55	31,1	9	5,1	177	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,049*
12 to 13	209	63,7	104	31,7	15	4,6	328	100,0	
14 to 15	176	52,7	138	41,3	20	6,0	334	100,0	
16 to 17	208	58,6	130	36,6	17	4,8	355	100,0	
18 to 19	161	66,8	70	29,0	10	4,1	241	100,0	
Gender									
Male	296	65,3	139	30,7	18	4,0	453	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,032*
Female	571	58,1	358	36,5	53	5,4	982	100,0	
Siblings?									
Yes	808	60,1	468	34,8	69	5,1	1345	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,364
No	59	65,6	29	32,2	2	2,2	90	100,0	
Place occupied in family									
No siblings	59	65,6	29	32,2	2	2,2	90	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,311
Youngest	322	63,6	162	32,0	22	4,3	506	100,0	
Eldest	278	57,2	182	37,4	26	5,3	486	100,0	
Middle son	208	58,9	124	35,1	21	5,9	353	100,0	
Parents or guardians scholarship									
Illiterate	38	48,7	34	43,6	6	7,7	78	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,119
Incomplete Elementary	226	63,8	113	31,9	15	4,2	354	100,0	
Elementary	236	58,0	150	36,9	21	5,2	407	100,0	
High School	305	61,5	171	34,5	20	4,0	496	100,0	
College	62	62,0	29	29,0	9	9,0	100	100,0	
BECC									
A	6	50,0	5	41,7	1	8,3	12	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,003*
B	177	51,0	147	42,4	23	6,6	347	100,0	
C	592	63,8	293	31,6	43	4,6	928	100,0	
D+E	92	62,2	52	35,1	4	2,7	148	100,0	

(*): Difference significant at 5,0%.

(1): Using the Chi-square test of Pearson.

BITE: Bulimic Investigatory Test of Edinburgh

BECC – Brazilian Economic Classification Criteria. A: \$5573, B: \$2089 C: \$670 D+E: \$547

Table 4 – Evaluation of EAT-26 according to the occurrence and severity of symptoms (BITE) and body dissatisfaction (BSQ)

VARIANT	EAT-26						Rating of p	OR (IC à 95%)
	Negative		Positive		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Total Group	976	68,0	459	32,0	1435	100,0		
Ocorrence of symptoms (BITE)								
No symptoms	697	80,4	170	19,6	867	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	14,09 (7,88 a 25,21)
Average symptoms	263	52,9	234	47,1	497	100,0		3,86 (2,15 a 6,93)
Severe symptoms	16	22,5	55	77,5	71	100,0		1,00
Gravity of symptoms (BITE)								
Non-significative	920	72,7	346	27,3	1266	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	21,94 (7,71 a 62,37)
Significative	52	39,4	80	60,6	132	100,0		5,36 (1,79 a 16,03)
Great intensity	4	10,8	33	89,2	37	100,0		1,00
Body Dissatisfaction (BSQ)								
No dissatisfaction	795	80,2	196	19,8	991	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	19,01 (10,84 a 33,35)
Light dissatisfaction	115	53,2	101	46,8	216	100,0		5,34 (2,92 a 9,75)
Average dissatisfaction	50	36,5	87	63,5	137	100,0		2,69 (1,42 a 5,12)
Intense dissatisfaction	16	17,6	75	82,4	91	100,0		1,00

(*): Difference significant at 5,0%.

(1): Using the Chi-square test of Pearson.

EAT – 26: Eating Attitudes Test – 26.

BITE: Bulimic Investigatory Test of Edinburgh

BSQ: Body Shape Questionnaire

BECC – Brazilian Economic Classification Criteria. A: \$5573, B: \$2089 C: \$670 D+E: \$547

Table 5 – Avaliação da gravidade dos sintomas no BITE segundo os dados sócio-demográficos

VARIANT	Severity of symptoms BITE						TOTAL		Rating of p
	Non significant		Significative		Great intensity		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Total Group	1266	88,2	132	9,2	37	2,6	1435	100,0	
Age group									
10 to 11	160	90,4	12	6,8	5	2,8	177	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,516
12 to 13	292	89,0	26	7,9	10	3,0	328	100,0	
14 to 15	287	85,9	36	10,8	11	3,3	334	100,0	
16 to 17	319	89,9	30	8,5	6	1,7	355	100,0	
18 to 19	208	86,3	28	11,6	5	2,1	241	100,0	
Gender									
Male	412	90,9	35	7,7	6	1,3	453	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,046*
Female	854	87,0	97	9,9	31	3,2	982	100,0	
Siblings?									
Yes	1183	88,0	126	9,4	36	2,7	1345	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,439
No	83	92,2	6	6,7	1	1,1	90	100,0	
Place occupied in family									
No siblings	83	92,2	6	6,7	1	1,1	90	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,642
Youngest	453	89,5	42	8,3	11	2,2	506	100,0	
Eldest	423	87,0	47	9,7	16	3,3	486	100,0	
Middle son	307	87,0	37	10,5	9	2,5	353	100,0	
Parents or guardians scholarship									
Illiterate	62	79,5	14	17,9	2	2,6	78	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,011*
Incomplete Elementary	329	92,9	19	5,4	6	1,7	354	100,0	
Elementary	348	85,5	43	10,6	16	3,9	407	100,0	
High School	437	88,1	47	9,5	12	2,4	496	100,0	
College	90	90,0	9	9,0	1	1,0	100	100,0	
BECC									
A	10	83,3	2	16,7	-	-	12	100,0	p ⁽²⁾ = 0,832
B	304	87,6	34	9,8	9	2,6	347	100,0	
C	817	88,0	86	9,3	25	2,7	928	100,0	
D+E	135	91,2	10	6,8	3	2,0	148	100,0	

(*): Difference significant at 5,0%.

(1): Using the Chi-square test of Pearson.

(2): By Fisher's Exact Test.

BITE: Bulimic Investigatory Test of Edinburgh

BECC – Brazilian Economic Classification Criteria. A: \$5573, B: \$2089 C: \$670 D+E: \$547

4.2 ARTIGO DO ESTUDO PILOTO: COMPORTAMENTOS ALIMENTARES
INADEQUADOS E SUA RELAÇÃO COM A INSATISFAÇÃO CORPORAL EM
ADOLESCENTES

**Comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em
adolescentes: Estudo Piloto⁶**

**Abnormal eating behaviors and its relationship with body dissatisfaction in adolescents:
Pilot Study**

Comportamento alimentar inadequado em adolescentes

Tatiana Araújo Bertulino da Silva^I, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes^{II}, Manuelle de Araújo Holanda^{III}, Michel Gomes de Melo^{IV}, Everton Botelho Sougey^V, Geraldo Bosco Lindoso Couto^{VI}

^I Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Mestranda do Programa de Pós- graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

^{II} Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Professora Adjunta, Núcleo de Enfermagem - Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

^{III} Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Acadêmica de Enfermagem e aluna de Iniciação Científica Facepe.

^{IV} Faculdade Maurício de Nassau, Acadêmico de Enfermagem e aluno de Iniciação Científica Cnpq.

^V Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Professor adjunto, Departamento de Neuropsiquiatria

^{VI} Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Livre – docente. Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva.

Não houve conflitos de interesses.

⁶ Artigo produzido segundo as normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria (ANEXO O), periódico o qual foi submetido.

Esta pesquisa trata-se do estudo piloto da dissertação de mestrado: Prevalência de Transtornos Alimentares e Insatisfação Corporal em Recifenses.

Número de palavras: 2.760

RESUMO

Objetivo: Pesquisar a relação entre a insatisfação com a imagem corporal e a presença de sintomas de transtornos alimentares em adolescentes.

Métodos: O estudo foi realizado com uma amostra de 300 adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária de 10 aos 17 anos, estudantes de uma escola pública estadual da cidade do Recife, Brasil. Foram utilizadas as versões brasileiras para adolescentes de três escalas autoaplicativas (EAT-26, BITE e BSQ), além de um questionário contendo dados biodemográficos.

Resultados: A frequência de sintomas de transtornos alimentares detectada pelo EAT-26 foi de 32,3%; 2,3% para comportamentos sugestivos de bulimia nervosa, através da escala BITE, tendo 36,67% dos alunos apresentado um padrão alimentar não usual; 5,6% apresentaram insatisfação com a imagem corporal; 8,6% uma tendência à preocupação com a insatisfação com a imagem corporal e 17,6%, leve insatisfação, além de 66,3% que mostraram normalidade em relação à sua forma corporal. Houve forte associação estatisticamente significativa entre comportamento alimentar inadequado e imagem corporal.

Conclusão: Os adolescentes apresentaram níveis de alteração na autoimagem corporal, com alta prevalência de insatisfação da imagem corporal, sendo encontrada associação com comportamentos alimentares inadequados.

Palavras-chave: transtornos da alimentação, insatisfação corporal, adolescente

Comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in adolescents.

Methods: The study was conducted with a sample of 300 adolescents of both sexes, aged from 10 to 17 years-old, students from a state school in Recife, Brazil. Authors used the Brazilian version of three self-report questionnaires for adolescents (EAT-26, BITE and BSQ), and a questionnaire containing biodemographical data.

Results: The frequency of symptoms of eating disorders detected by the EAT-26 was 32.3%; 2.3% for suggestive behaviors of bulimia nervosa, through BITE, and 36.67% of the students presented an unusual eating pattern; 5.6% showed body dissatisfaction, and 66.3%, showed normality in relation to its body form. There was a strong statistically significant association between abnormal eating behaviors and body image.

Conclusion: These adolescents had higher levels of change in body self-image, with high prevalence of body dissatisfaction, found associated with inappropriate eating behaviors.

Key-words: eating disorders, body dissatisfaction, adolescent

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase em que ocorrem mudanças morfológicas, psicológicas e comportamentais, sendo a preocupação com o corpo muito evidente, a qual exerce forte influência sobre a saúde do indivíduo¹. Um dos distúrbios comportamentais mais frequentes é o padrão alimentar inadequado, que tem implicações no crescimento e na saúde física e mental do jovem, além de não proporcionar subsídios para o total aproveitamento de sua potencialidade².

Os extremos de consumo alimentar podem caracterizar-se em desordens alimentares ou transtornos alimentares, apresentando-se a anorexia e a bulimia nervosa como principais disfunções da alimentação³. Na anorexia nervosa, ocorre uma busca incansável pela magreza, levando a pessoa a uma severa perda de peso. Para atingir tal finalidade, são usados os mais diferentes e bizarros recursos. Já o indivíduo bulímico faz ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos, seguido de vômito auto-induzido ou de abuso de laxantes e diuréticos⁴.

Os transtornos alimentares estão comumente associados à insatisfação com a imagem corporal que os adolescentes apresentam nesta etapa da vida. A imagem corporal é considerada como a forma que o corpo se apresenta para cada sujeito. Sua determinação é formada tanto em relação a si mesmo como em relação às outras pessoas⁵.

A insatisfação com o corpo tem sido frequentemente ligada à discrepância entre a percepção e o desejo relativo a um tamanho e a uma forma corporal⁶. Em estudo prospectivo foi demonstrado que a preocupação com o peso, insatisfação corporal e história de dieta no início da adolescência são fatores predisponentes para a presença de distúrbios alimentares nos anos subsequentes. Além disso, verificou-se que a insatisfação com o corpo está associada à baixa autoestima e limitações no desempenho psicossocial, associando-se também a quadros depressivos⁷.

No entanto, existem poucos relatos de produções nacionais que investigaram essa associação, especialmente em população não clínica. Por esta razão, o objetivo deste estudo foi pesquisar a relação entre a insatisfação com a imagem corporal e a presença de sintomas de transtornos alimentares em adolescentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado com uma amostra de 300 adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária de 10 aos 17 anos, estudantes de uma escola pública estadual da cidade do Recife, Brasil.

Foram utilizadas as versões brasileiras para adolescentes de três escalas autoaplicativas. Para o rastreamento de sintomas de transtornos alimentares foi selecionado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26 – versão para adolescentes), cujas respostas fornecidas a cada questão pontuam entre 0 e 3, sendo a maior pontuação conferida à resposta extrema^{8,9}. Os adolescentes que obtiveram o escore de 21 pontos ou mais no EAT-26 foram classificados como sintomáticos para transtornos alimentares, ou seja, com comportamento alimentar de risco para desenvolvimento do transtorno. Para rastreamento de sintomas bulímicos, foi utilizado o Teste de Avaliação Bulímica de Edimburgo (BITE – versão para adolescentes), o qual é composto por 33 questões de autopreenchimento, consistindo de duas subescalas de pontuação: a escala sintomática, para avaliar o grau de sintomas presentes e a escala de gravidade, que fornece um índice da gravidade do comportamento compulsivo, definido pela frequência em que ocorrem^{10,11}.

A avaliação da imagem corporal foi realizada pelo *Body Shape Questionnaire* (BSQ), uma escala tipo Likert, onde as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre 1 e 6, sendo a maior pontuação conferida à resposta extrema na direção da insatisfação corporal^{12,13,14}. O teste permite avaliar a preocupação com a insatisfação corporal, especialmente no sentido de sentir-se com excesso de peso. A classificação dos resultados foi realizada pelo total de escores obtidos e reflete os níveis de insatisfação corporal. Obtendo resultado menor ou igual a 80 pontos é constatado um padrão de normalidade e tido como ausência de insatisfação corporal. Resultados entre 81 e 110 pontos são classificados como grau leve de insatisfação corporal. Já os resultados entre 111 e 140 são classificados como grau moderado de insatisfação corporal e para resultados acima de 140 pontos, a classificação é de presença de grave grau de insatisfação corporal¹⁵.

Os questionários foram autoexplicativos, contendo questões de fácil interpretação, sendo as três escalas anexadas e entregues aos pesquisados, a fim de que pudessem responder de uma única vez a todos os questionários.

Todos os adolescentes responderam também a um questionário contendo dados biodemográficos.

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco. Participaram do estudo todos os adolescentes cujos responsáveis assinaram ao termo de consentimento livre e esclarecido.

Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, através de distribuições absolutas, percentuais e das medidas estatísticas: média, mediana e desvio padrão. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%.

O programa utilizado para a digitação e armazenamento dos dados foi o Excel 2010 e as análises foram realizadas no Bioestat 5.0.

RESULTADOS

As características observadas com frequência nos questionários foram: o desejo de ser mais magro, intolerância ao excesso de peso e preocupação obsessiva com a comida.

A idade dos adolescentes pesquisados variou de 10 a 17 anos, teve média de 13,5 anos, mediana de 13,00 anos e desvio padrão de 1,44 anos. A amostra populacional foi composta por 188 (62,67%) de adolescentes do sexo feminino e 112 (37,33%) do sexo masculino. A frequência de sintomas de transtornos alimentares, detectada pelo EAT-26 no presente estudo foi de 32,3% (gráfico 1).

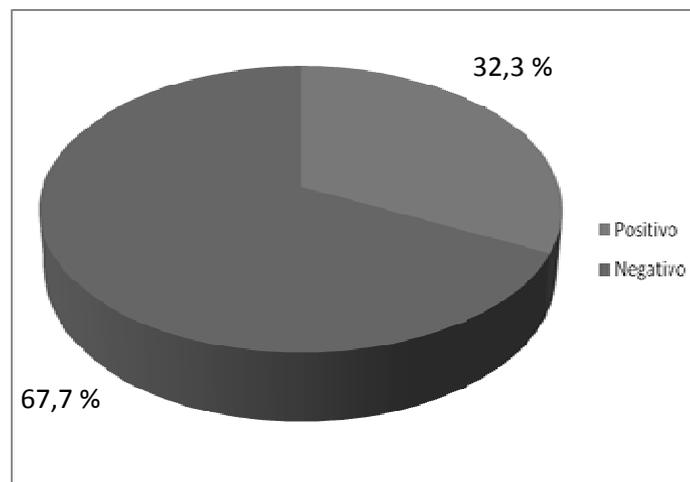


Gráfico 1. Distribuição do número de adolescentes pesquisados segundo os sintomas de Transtornos Alimentares (EAT-26)

A frequência de alunos com comportamentos sugestivos de bulimia nervosa através da escala BITE foi de 2,3% (tabela 1). Ainda em relação à mesma escala, no aspecto de sintomas, 36,67% dos alunos apresentaram escore entre 10-19, sugestivo de padrão alimentar não usual. Dentre os pesquisados, 61,7% apresentaram um escore de até 5 pontos, estando os mesmos dentro dos padrões de normalidade segundo a escala BITE.

Tabela 1. Avaliação da Bulimia Nervosa segundo o BITE

BITE	F1	%
Médio	110	36,67
Grave	7	2,33
Ausente	183	61,7
TOTAL	300	100

No grupo de adolescentes pesquisados foram encontrados estudantes que apresentavam algum grau de insatisfação com a imagem corporal, o qual foi evidenciado pelos seguintes fatores: descontentamento com a imagem corporal, preocupação com o peso e formas de perder peso nocivas à saúde.

No presente estudo 5,6% (17 casos) apresentaram insatisfação com a imagem corporal, 8,6% (26 casos) uma tendência a preocupação com a insatisfação corporal e 17,6% (53 casos) leve insatisfação, além de 66,3% (199 casos) que mostraram normalidade em relação a sua forma corporal (tabela 2).

Tabela 2. Avaliação da Insatisfação da Imagem Corporal segundo o BSQ

INSATISFAÇÃO	F1	%
Ausente	199	66,3
Leve	53	17,6
Média	26	8,6
Grave	17	5,6
TOTAL	300	100

Percebe-se, no gráfico 2, forte associação estatisticamente significativa entre comportamento alimentar (EAT-26) e imagem corporal (BSQ). Foi verificado que do total de avaliados, 32% dos adolescentes possuem escores positivos para o EAT e alguma preocupação em relação a sua autoimagem corporal, nos níveis leve, moderada ou grave, o que nos sinaliza um índice expressivo de uma possível insatisfação com as imagens que têm de seus corpos.

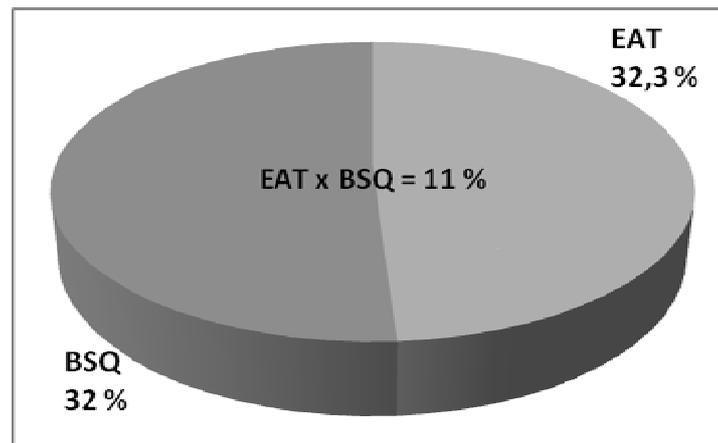


Gráfico 2. Avaliação da associação dos Transtornos Alimentares com a Insatisfação corporal.

DISCUSSÃO

Dos adolescentes analisados, 188 (62,67%) era do sexo feminino indo ao encontro com estudos que mostram que há uma tendência dos adolescentes do gênero feminino apresentarem comportamento de maior risco para os transtornos alimentares, quando comparadas ao gênero masculino, independente do tamanho da amostra. Tais comportamentos, provenientes do medo mórbido de engordar, o constante desejo de perder peso e insatisfação corporal¹⁶. Este dado também foi encontrado em estudo de Gonçalves e colaboradores¹⁷, quando avaliaram uma população de jovens que apresentavam riscos para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Porém, como a presença de anorexia na população geral é de 1%, com 90% dos casos em mulheres. E seu diagnóstico exige entrevista clínica, tornando mais difícil avaliar grupos populacionais apenas por questionários autoexplicativos¹⁸.

A frequência de sintomas de transtornos alimentares no presente estudo foi de 32,3%, semelhante ao resultado obtido por Pinto e colaboradores¹⁹, que analisaram estudantes e observaram que cerca de 28% dos alunos possuíam risco elevado de apresentar transtornos alimentares, número tão expressivo quanto o encontrado pelo presente trabalho, além do estudo realizado por Dunker e colaboradores²⁰, que também encontraram taxas significativas, cuja porcentagem de escore EAT-26 sugestivos de transtornos alimentares foi de 34,3%.

Quando referido a frequência de comportamento sugestivo de bulimia nervosa, foi observado um percentual de 2,3% entre os adolescentes. Este percentual encontrado é semelhante ao obtido por Souza e colaboradores²¹, que encontrou, aproximadamente, 4% de

sintomas entre estudantes universitárias, onde as mesmas apresentaram padrão alimentar severamente perturbado e compulsão para comer, além de ser similar à faixa apontada pela literatura internacional de uma prevalência esperada entre 1% e 4%²².

Em relação aos sintomas, 36,67% dos adolescentes apresentaram características sugestivas de padrão alimentar não usual. No estudo de Cenci e colaboradores²³, o valor encontrado para a categoria comportamentos alimentares não usuais foi de 20,9%. Assim como o presente estudo ambos demonstraram que os valores sugestivos de padrão alimentar não usual tende a ser 5 vezes maior que o padrão para valores sugestivos de bulimia nervosa.

Quando referido aos padrões de normalidade, que é um escore até 5 pontos, obteve-se uma frequência de 61,7%. Em um estudo publicado por Mehler²⁴, foi demonstrada uma distribuição de ocorrências entre mulheres e homens de 10:1 a 20:1 e o índice encontrado no presente estudo foi de 1:1, demonstrando que a frequência de bulimia nervosa entre mulheres e homens vem aumentando no decorrer das décadas.

A insatisfação com a imagem corporal entre os adolescentes que participaram da pesquisa foi de 5,6% (17 casos). Atualmente existe pouca dúvida de que o mais prevalente aspecto da insatisfação dos adolescentes em relação a seu peso e aparência é a crença de que eles estão acima do peso, mesmo quando têm seu peso eutrófico ou abaixo do recomendado. Sugere-se que a pressão social seja responsável pelas preocupações acerca da imagem corporal nestes adolescentes²⁵. Há evidências de que os meios de comunicação podem contribuir para uma maior insatisfação com a imagem corporal, exacerbando dificuldades naturais de aceitação do próprio corpo, na medida em que transmitem imagens e padrões estéticos centrados na magreza como ideal de beleza²⁶.

Do total de avaliados, 32% dos adolescentes possuíam escores positivos para o EAT corroborando com o estudo de Bosi e colaboradores²⁷ em que a população estudada apresentou escore do BSQ de 33,6%, demonstrando a insatisfação corporal. Ao cruzar os resultados de ambos os instrumentos verificou-se que 11% dos pesquisados apresentaram sintomas de transtornos alimentares ligados à insatisfação da imagem corporal.

Embora haja presença de insatisfação com a imagem corporal na população estudada, é necessário destacar que entre os escolares do gênero feminino há uma maior prevalência. Além disso, quando feita a análise estratificada, ou seja, nos diversos graus de preocupação, evidencia-se que os escolares do sexo feminino igualmente responderam aos graus (leve, moderado e grave) com valores de 60%, enquanto que o masculino apresentou um valor de 40%.

CONCLUSÃO

Os dados obtidos na presente pesquisa, juntamente com os da literatura, permitem-nos concluir que os adolescentes avaliados apresentaram níveis de alteração na autoimagem corporal, com alta prevalência de insatisfação da imagem corporal. Sendo encontrado neste trabalho associação entre insatisfação da imagem corporal e comportamentos alimentares inadequados, visto a forte influência que os conceitos sobre imagem corporal desempenham no desenvolvimento de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares.

As alterações na percepção corporal geram uma insatisfação que pode levar a comportamentos alimentares inadequados, com prejuízos no desenvolvimento à saúde, além de risco de desenvolvimento de transtornos alimentares. Tendo conhecimento sobre isto, faz-se necessário o desenvolvimento de campanhas e programas que estimulem a aceitação corporal e a adoção de hábitos alimentares e de vida saudáveis. É interessante também reduzir a influência da mídia, de modo a desvincular a imagem do corpo magro à atratividade e ao padrão de beleza ideal.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE).

REFERÊNCIAS

1. Chemin C, Milito F. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. 2007; 1(2): 84-88.
2. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordás TA. Anorexia nervosa na adolescência. J. Pediatr. (Rio J.). 2006; 76 (3).
3. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. Pesqui. odontol. bras. 2001; 15(4): 359-63.
4. Grando LH. Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.

5. Russo R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*. 2005; 5(6).
6. Almeida G, Santos JE, Passian SR, Loureiro SR. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicol. estud.* 2005; 10(1): 27-35.
7. Triches R M, Giugliani E RJ. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Rev. Nutr.* 2007; 20(2).
8. Nunes MA, Bagatini L, Abuchaim AL. Considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). *Rev ABP-APAL* 1994; 16: 7-10.
9. Bighetti F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J. Bras. Psiquiatr.* 2004; 53(6): 339-46.
10. Cordás T A, Hochgraf PB. O BITE. Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *J. Bras. Psiquiatr.* 1993; 42: 141-44.
11. Ximenes RCC, Colares V, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. *Arq. Bras. Psicol.* 2011; 63(1): 52-63.
12. Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, M., Fairburn, C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int. J. of Eat. Disord.* 1987; 6: 485–94.
13. Conti, M. A.; Cordas, T.A.; Latorre, M. R. D. O. A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2009; 9(3).
14. Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008 Mar; 24(3): 503-512.
15. Freitas S. Transtornos Alimentares: Introdução, Diagnóstico, Epidemiologia e Etiologia. In: Brasil MAA, Botega NJ. PEC- Programa de Educação Continuada: Título de Especialização em Psiquiatria 2000-2003. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 2004. p. 196-204.
16. Fiates. Fatores de Risco para o Desenvolvimento de Distúrbios Alimentares: um Estudo em Universitárias. *Rev. Nutr* 2001; 14: 3-6.
17. Gonçalves TD, Barbosa MP, Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento Anoréxico e percepção corporal em universitários. *J Bras Psiquiat.* 2008; 57(3):166:170

18. Assunção SSM, Cordas TA, Araújo LASB. Atividade Física e Transtornos Alimentares. *Rev Psiquiatr Clin.* 2002; 19(1): 4-13.
19. Pinto ACM, Camargo MR, Novo N F, Hübner C K. Transtornos Alimentares em Alunas da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-SP. *Revista Faculdade de Ciências Medicas de Sorocaba* 2009; 1:16-20.
20. Dunker KLL, Fernandes CPB, Carreira Filho D. Influência do Nível Socioeconômico sobre Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares em Adolescentes. *J Bras Psiquiat* 2009; 58(3): 156-61.
21. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, Menezes Neto, GC, Ribeiro IB. Anorexia e Bulimia Nervosa em Alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. *Rev. Psiquiatr. Clin* 2002; 29(4): 172-80.
22. Vale MOA, Kerr S, Regina L, Bosi M, Lúcia M. Comportamentos de Risco para Transtornos do Comportamento Alimentar entre Adolescentes do Sexo Feminino de Diferentes Estratos Sociais do Nordeste do Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva.* 2011; 16(1): 121-32.
23. Cenci M, Peres KG, Vasconcelos FAG. Prevalência de Comportamento Bulímico e Fatores Associados em Universitárias. *Rev. Psiquiatr. Clin* 2009; 36(3): 83-8.
24. Mehler PS. Bulimia Nervosa. *N Engl J Med.* 2003; 349: 9.
25. Pesa JA, Syre TR, Jones E. Psychosocial Differences Associated with Body Weight Among Female Adolescents: The Importance of Body Image. *J. Adolesc. Health.* 2000; 26: 330-37.
26. Reato LFN. Mídia x Adolescência. *Pediatr. Mod.* 2001; 37: 37-40.
27. Bosi MLM, Raggio LR, Morgado CMC, Costa MLSS, Carvalho RJ. Autopercepção da Imagem Corporal entre Estudantes de Nutrição: Um Estudo no Município do Rio de Janeiro. *J. Bras. Psiquiatr.* 2006;55(2): 108-113.

4.3 PRODUÇÃO DO ARTIGO: VERSÃO BRASILEIRA DO “BITE” PARA USO EM ADOLESCENTES⁷

Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes

Brazilian version of the BITE for use in adolescents

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes¹, Tatiana Araújo Bertulino da Silva², Viviane Colares³,
Geraldo Bosco Lindoso Couto⁴, Everton Botelho Sougey⁵

1 – Pós-doutoranda em Hebiatria – UPE; Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE; 2 – Mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE; 3 – Professora adjunta de Odontopediatria UPE/UFPE; 4 – Professor Associado de Odontopediatria – UFPE; 5 – Professor Associado de Neuropsiquiatria – UFPE

Resumo

O objetivo deste estudo foi traduzir para a língua portuguesa e adaptar o Bulimic Investigatory Test of Edinburgh - BITE em uma amostra de 109 adolescentes de 12 a 16 anos. Foram feitos tradução e retro-tradução, adaptação transcultural, validação de face e aplicação da escala. Para a validação do questionário, foram obtidos os dados de coincidência observada e kappa intra e inter-examinador e o Alfa de Cronbach. A concordância observada e a análise do kappa intra e inter-examinadores variou de boa a excelente (CO - 88,9% a 100% e kappa 0,60 a 1,0). A medida do alpha de Cronbach indicou um grau elevado de consistência interna (0,76), que garantiu a confiabilidade da escala. A tradução do BITE – versão para adolescentes mostrou boa equivalência lingüística, conceitual e da escala, mostrando índices de precisão e validade de conteúdo.

Abstract

This work aimed to translate the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh - BITE into Portuguese and adapt it in a sample of 109 adolescents aged from 12 to 16. The methodological referential was translation and retro-translation, cross cultural adaptation, face validation and final version application. Statistical analysis methods were observed coincidence, intra and inter examiners kappa index and Cronbach's alpha. Observed coincidence and intra and inter-examiners kappa analysis varied from good to excellent (OC -

⁷ Artigo produzido sob as regras da APA, 5ª edição, 2001 (ANEXO P). Publicado na Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia no volume63, número 1, página de a 51-63.

88,9% to 100% and kappa 0,60 to 1,0). Cronbach's alpha measure indicated a high degree of intern consistence (0,76), showing reliability of scale. Translation of BITE – Adolescent's version showed a good linguistic, conceptual and scale equivalence, with precision indexes and content validity.

Palavras-chave: Bulimia, Transtornos da Alimentação, Estudos de Validação.

Key-words: Bulimia, Eating Disorders, Validation Studies.

Resumen

El objetivo de este estudio fue traducir al portugués y adaptar el Bulimic Investigatory Test of Edimburg - BITE en una muestra de 109 adolescentes de 12 a 16 años. Se hizo la traducción y la posterior traducción, adaptación cultural, validación y aplicación de la cara escala. Para validar el cuestionario, se obtuvo una coincidencia observada, kappa intra e inter-evaluador y el Alfa de Cronbach. El acuerdo observado y el análisis de kappa de intra e inter-evaluador variaba de buena a excelente (CO - 88,9% a 100% y kappa 0,60 a 1,0). La medida de la alfa de Cronbach indica un alto grado de consistência interna (0,76), que garantiza la fiabilidad de la escala. La traducción de la BITE - versión para adolescentes mostró una buena equivalencia lingüística, conceptual y la escala, las tasas de proyección de la fiabilidad y la validez de contenido.

Keywords: Bulimia; Trastornos de la conducta alimentaria; Estudios de validación.

Introdução

Os Transtornos Alimentares (TAs) – especialmente a Anorexia e a Bulimia Nervosas – têm recebido uma atenção crescente nas últimas duas décadas devido ao reconhecimento de sua prevalência e às dificuldades relacionadas ao seu tratamento. Os casos refratários estão

freqüentemente associados a altos índices de mortalidade: 15% desses pacientes falecem. Formas crônicas desses transtornos ocorrem em 25% desses pacientes, caracterizando-os por baixo peso crônico ou por acentuadas flutuações de peso. As complicações metabólicas (inclusive desnutrição), as seqüelas psicológicas (transtornos de ansiedade ou de humor) e o isolamento social estão presentes em todos os casos (Nunes, 2006).

Dessa forma, torna-se de fundamental importância o diagnóstico precoce, que, no caso dos TAs, pode ser feito por instrumentos específicos, como questionários e entrevistas clínicas estruturadas, mesmo quando aplicados por um não especialista (Garner, 2002; Moya, 2004).

Nos últimos vinte anos, foram publicados vários tipos de instrumentos de avaliação na língua inglesa, específicos para estes transtornos em indivíduos adultos. Entre estes, estão o “Eating Attitudes Test” (EAT) (Garner & Garfinkel, 1979); o “Eating Disorders Inventory” (EDI) (Garner et al., 1983); o “Clinical Eating Disorders Rating Instrument” (CEDRI) (Palmer et al., 1987); o “Bulimic Investigatory Test” (BITE) (Henderson & Freeman, 1987); a “Interview for Diagnosis of Eating Disorders” (IDED) (Williamson, 1990); a “Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa” (SIAB) (Fichter et al., 1991); o “Eating Disorder Examination” (EDE) (Fairburn & Cooper, 1993). Essas escalas fornecem informações gerais sobre a sintomatologia dos TAs e algumas possibilitam o diagnóstico e a avaliação da psicopatologia do quadro alimentar e outras, o rastreamento dessas patologias (Cordás; Neves, 2000 & Moya, 2004). No Brasil, apenas a versão reduzida do EAT, conhecida por EAT-26, foi traduzida e validada (Nunes et al., 1994; 2005).

Em psiquiatria infantil existem poucos instrumentos diagnósticos desenvolvidos e validados. Com relação aos transtornos alimentares, não existe, no mundo, nenhum instrumento diagnóstico para estudo epidemiológico validado com o uso de amostra clínica, planejado especificamente para a faixa etária infanto-juvenil. Alguns pesquisadores, como

Bryant-Waugh et al. (1996) e Carter; Stewart; Fairburn (2001), produziram instrumentos diagnósticos de TAs, que são adaptações daqueles planejados para adultos, visando o uso em crianças e adolescentes. No entanto, sabemos que a patologia alimentar nessa faixa etária possui características muito próprias: crianças com 7-8 anos ainda não apresentam a capacidade de pensamento abstrato e auto-avaliação, habilidades necessárias para responder a itens, por exemplo, que determinem idéias supervalorizadas a respeito de peso e forma do corpo. Além disso, muitas questões são direcionadas a estabelecer as frequências de determinados comportamentos pela criança, que pode não estar desenvolvida suficientemente para estimá-la ou não ser autorizada a manifestar esses comportamentos em função da supervisão dos adultos (Bryant- Waugh et al., 1996; Moya, 2004).

Desta maneira, é fundamental o desenvolvimento de um instrumento diagnóstico de anorexia e bulimia específico para crianças e adolescentes, na medida em que permita o diagnóstico precoce e acurado de indivíduos doentes numa faixa etária onde existe sua maior incidência (Hoek & Hoeken, 2003; Busse & Silva, 2004). O diagnóstico na fase inicial da doença certamente favoreceria a resposta ao tratamento, impedindo que crianças e adolescentes evoluíssem para indivíduos adultos cronicamente doentes, difíceis de tratar e com altos índices de morbidade e mortalidade. Este instrumento também possibilitaria a realização de pesquisas nessa faixa etária, estabelecendo populações com diagnóstico confiável. Outra grande utilidade seria a possibilidade de se realizar estudos epidemiológicos no Brasil, para detectar TAs nessa faixa etária, bem como dimensionar a magnitude do problema, o que orientaria a estruturação adequada de programas de prevenção e de serviços de assistência, destinados a atender demandas da população brasileira (Moya, 2004).

A grande maioria dos instrumentos de rastreamento e diagnóstico de TAs em crianças e adolescentes é adaptação de ferramentas para avaliação em adultos, validados,

originalmente, na língua inglesa (moya, 2004). Apenas o EAT-26 passou por uma tradução e adaptação para uso em adolescentes (Bighetti et al., 2004).

Na década de 80, houve um aumento no interesse dos pesquisadores sobre a prevalência da Bulimia Nervosa (BN), que teve seu critério diagnóstico independente nesta época, na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) da APA. Russell (1979), em artigo clássico, foi o primeiro a definir e distinguir a BN como categoria independente da anorexia nervosa (AN), propondo três critérios básicos: impulso irresistível de comer excessivamente; evitação dos efeitos *de engordar* da comida pela indução de vômitos e/ou abuso de purgativos, e medo mórbido de engordar.

Os pesquisadores Henderson e Freeman (1987) perceberam que havia a necessidade da criação de um questionário com maior sensibilidade para detectar indivíduos com sintomatologia de BN. Além disso, este instrumento precisaria ser uma ferramenta testada, capaz de explorar por completo os sintomas e comportamentos associados à BN. Dessa forma, o questionário “Bulimic Investigatory Test”, Edinburgh (BITE) (HENDERSON; FREEMAN, 1987) foi desenhado e validado para identificar indivíduos com compulsão alimentar e avaliar os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à BN.

O questionário pode ser aplicado tanto em estudos epidemiológicos, para identificar casos subclínicos em populações, quanto como um instrumento de *screening*, para utilização em ambulatórios de TAs, durante o tratamento, para avaliar a severidade do caso e verificar a resposta ao tratamento (Henderson & Freeman, 1987).

Para preencher os requisitos de validação de conteúdo, as questões do instrumento foram desenvolvidas com base na literatura (Palmer, 1979; Russel, 1979 & Bruch, 1973) e nos critérios do DSM-III. Estas questões foram ainda adaptadas após discussão com um grupo de 17 pacientes (10 controles e 7 com BN). Foram feitos dois estudos pilotos, sendo o primeiro com o objetivo de realizar a validação de face e o segundo, para a validação do BITE

segundo a sensibilidade e confiabilidade. Em seguida, o estudo procedeu em 4 fases, sempre com um grupo controle e outro diagnosticado com BN, para preencher os aspectos de validade de critério.

Os critérios adotados como padrão ouro foram o DSM-III, o EAT e o EDI, onde foi obtida a validade concomitante e também foi feita sua validade preditiva. Os autores concluíram que a escala apresentou um alto poder de discriminar sujeitos com característica de BN e alto grau de confiabilidade ($\alpha = 0,96157$, na escala de sintomas e $0,62342$ na escala de severidade, demonstrando um alto grau de consistência interna) (Henderson & Freeman, 1987).

Dessa forma, em sua versão final, o BITE inclui duas escalas: uma de sintomas (30 itens sim/ não, com escore variando de 0 a 30) e outra de gravidade (3 itens dimensionais). Esses dois escores podem ser adicionados para produzir um escore total. Na escala de sintomas, um escore elevado (≥ 20) indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não-usual, necessitando de avaliação por uma entrevista clínica, e escores abaixo de 10 estão dentro do limite da normalidade. Na escala de gravidade, um escore > 5 é considerado clinicamente significativo, e ≥ 10 indica elevado grau de gravidade. O instrumento apresentou adequadas propriedades psicométricas no estudo original (Cordás & Neves, 2000).

O instrumento foi traduzido para o português como Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (Cordás & Hochgraf, 1993) e está validado em população brasileira (nunes, 2003). É recomendável que os sujeitos respondam ao questionário considerando seus comportamentos nos últimos três meses. No entanto, o teste foi traduzido para o português baseado na versão validada em adultos de Henderson; Freeman (1987), o que dificultaria a sua interpretação em alguns itens quando aplicado em populações de adolescentes. Dessa

forma, o objetivo deste estudo foi traduzir para a língua portuguesa e adaptar o BITE, avaliando sua confiabilidade por meio da consistência interna dos seus itens em uma amostra de adolescentes de ambos os gêneros, estudantes de escolas públicas na cidade de Recife.

Metodologia

Diversos trabalhos discutem as metodologias e dificuldades das traduções transculturais em psiquiatria e psicologia. Na verdade, não há um consenso entre os autores de qual seria a metodologia para realizar as traduções, e alguns pesquisadores utilizam seus próprios métodos (CARVALHO et al., 1993).

Neste estudo, o BITE foi submetido ao processo de tradução e retro-tradução, ou seja, traduzido do inglês para o português por três tradutores independentes, nativos em país de língua portuguesa, com domínio da língua inglesa e membros de uma equipe multiprofissional do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco.

As traduções foram confrontadas e, por fim, foi obtida uma versão do teste. Em consenso com os tradutores, procedeu-se, a seguir, a retrotradução, ou seja, o BITE foi traduzido novamente, agora para o inglês, por um tradutor nativo em país de língua inglesa que possuía domínio da língua portuguesa e experiência na tradução de textos na área de saúde. Este profissional não foi informado dos objetivos desta tradução. Sendo assim, a escala original e a originada da retrotradução foram submetidas ao julgamento de uma pesquisadora de vivência internacional, ligada à Universidade de Pernambuco e à Universidade Federal de Pernambuco, formalizada com a temática, para avaliar a adequação entre as mesmas, sem haver diferenças semelhantes para sua aprovação, procedendo-se a adaptação transcultural, feita com a presença do comitê de revisão, composto por todos os tradutores. Obteve-se, então, a primeira versão em português.

Para verificar o entendimento e a questão semântica dos itens do BITE traduzido para a língua portuguesa, foi realizada uma validação de face numa amostra intencional de 30 adolescentes de ambos os sexos, estudantes de uma escola pública estadual na cidade Recife, com idade entre 12 e 16 anos que responderam ao teste. Foram excluídas, por perguntas feitas pelos próprios pesquisadores, adolescentes que estivessem realizando algum tipo de dieta ou tratamento para emagrecer, ou que tivessem alguma preocupação excessiva em controlar o peso ou a busca de um corpo perfeito. As dúvidas apresentadas pelos adolescentes voluntários foram anotadas por escrito para ajuste das palavras ou expressões definidas pela tradução de cada escala, além de mudanças na estrutura do questionário que facilitariam a compreensão do mesmo. Obteve-se, então, a segunda versão em português.

Confirmada a versão em português do BITE, foi realizado um estudo piloto em 130 estudantes de ambos os gêneros, estudantes de duas escolas públicas estaduais da cidade de Recife, com idade entre 12 e 16 anos, que foram escolhidos aleatoriamente por sorteio. Esta amostra correspondeu a 20% da amostra de um estudo maior (Ximenes; Couto & Sougey, 2010), apresentando 15% de perda nos questionários válidos, totalizando, assim, 109 estudantes compondo a amostra final. O teste, que é auto-administrável, foi aplicado nas escolas, em uma sala de aula, apenas com a presença das pesquisadoras e do aluno, e recebeu a anuência dos pais, ou seja, uma carta solicitando permissão aos pais para a aplicação do teste. Após o consentimento dos pais e do adolescente, cada um respondeu ao questionário BITE, individualmente.

Com a finalidade de verificar a confiabilidade teste-reteste, o instrumento foi aplicado uma primeira vez por uma pesquisadora (examinadora A) em 109 adolescentes e após sete dias, tempo recomendado por Henderson; Freeman (1987), aconteceu o reteste, onde 54 adolescentes foram reavaliados pela examinadora A e 55, por outra pesquisadora (examinadora B). Dessa forma, obtiveram-se os dados de coincidência de Kappa com

intervalo de confiabilidade de 95,0% para o Kappa populacional. A margem de erro considerada nos testes estatísticos foi de 5,0%.

Em seguida, foram obtidos os dados de coincidência observada e kappa intra e inter-examinador e o Alfa de Cronbach. A avaliação da confiabilidade foi realizada através do cálculo da consistência interna pela obtenção do Alfa de Cronbach, que consiste essencialmente na média das correlações múltiplas entre cada item de uma escala e todos os outros itens da escala.

Após o processo de tradução e adaptação nos 109 adolescentes, o instrumento foi utilizado numa pesquisa populacional que avaliou, entre outros objetivos, a prevalência de comportamentos sugestivos de BN em 650 estudantes da rede pública estadual, na faixa etária de 12 a 16 anos, na cidade Recife, Brasil (Ximenes, 2008; Ximenes, Couto & Sougey, 2010). Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado.

A Figura 1 mostra a versão final do questionário utilizada na pesquisa e a Figura 2, a forma de avaliação dos resultados da escala, segundo os critérios de Henderson; Freeman (1987) e Cordas; Hochgraf (1993).

Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE			
01	Você segue um padrão regular de alimentação?	() SIM	() NÃO
02	Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?	() SIM	() NÃO
03	Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez?	() SIM	() NÃO
04	Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não esta de dieta?	() SIM	() NÃO
05	Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro? <i>(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.)</i>	() SIM	() NÃO
06	Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?	Dia sim, dia não (5) 2-3 vezes por semana (4) Uma vez por semana (3) De vez em quando (2) Apenas uma vez (1)	
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).			
07	Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?		
		Nunca	Raramente
		Uma vez/semana	Duas ou três vezes/semana
		Diariamente	Duas ou três vezes/dia
			Cinco vezes/dia
	Comprimidos para emagrecer Diuréticos Laxantes Provoca vômitos		
08	Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida?	() SIM	() NÃO
09	Você diria que a comida "domina" a sua vida?	() SIM	() NÃO
10	De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?	() SIM	() NÃO
11	Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida?	() SIM	() NÃO
12	Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?	() SIM	() NÃO
13	Você sempre consegue parar de comer quando quer?	() SIM	() NÃO
14	Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?	() SIM	() NÃO
15	Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?	() SIM	() NÃO
16	A idéia de ficar gordo(a) apavora ?	() SIM	() NÃO
17	Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?	() SIM	() NÃO
18	Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?	() SIM	() NÃO
19	O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?	() SIM	() NÃO
20	Você busca na comida um conforto emocional?	() SIM	() NÃO
21	Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?	() SIM	() NÃO
22	Você engana os outros sobre o quanto come?	() SIM	() NÃO
23	A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?	() SIM	() NÃO
24	Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? <i>(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25)</i>	() SIM	() NÃO
25	Esse episódio o deixou deprimido?	() SIM	() NÃO
26	Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?	() SIM	() NÃO
27	Com que frequência esses episódios acontecem?	Quase nunca (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Duas ou três vezes por semana (4) Diariamente (5) Duas ou três vezes por dia (6)	
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (____).			
28	Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?	() SIM	() NÃO
29	Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?	() SIM	() NÃO
30	Você, de vez em quando, come escondido?	() SIM	() NÃO
31	Você consideraria seus hábitos alimentares normais?	() SIM	() NÃO
32	Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana?	() SIM	() NÃO

Figura 1 – Versão brasileira para adolescentes do Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE)

Avaliação de resultados

1. Escala de gravidade:

1.1. Itens 6, 7, 27 = maior que 5 _ significativo
maior ou igual a 10 _ grande intensidade

2. Escala de sintomas

2.1. Itens 1, 13, 21, 23, 31 _ pontua-se não

2.2. Outros itens _ pontua-se sim

2.3. Total:

2.3.1. Máximo escore = 30

2.3.2. Maior ou igual a 20 _ escore elevado, presença de comportamento alimentar compulsivo, grande possibilidade de bulimia.

2.3.3. Entre 10 e 19 _ escore médio, sugere padrão alimentar não usual, mas não estão presentes todos os critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista.

Figura 2 – Avaliação dos escores da versão brasileira para adolescentes do Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo (BITE), segundo os critérios de Henderson; Freeman (1987) e Cordás; Hochgraf (1993) e utilizada no instrumento adaptado para adolescentes

Resultados

Os resultados do estudo sobre coincidência são apresentados na Tabela 1. Desta tabela, observa-se que o menor percentual da concordância observada foi 88,9% e o menor valor de kappa foi de 0,60, indicando que a concordância variou de boa a excelente. Na análise intra-examinador o menor percentual de coincidência observada correspondeu a 88,9%, enquanto que o valor de kappa foi, no mínimo, igual a 0,73.

Tabela 1 – Análise da concordância intra e inter-examinador para os dados da escala da ocorrência de sintomas de bulimia (BITE) entre os adolescentes do estudo piloto

Variável	Avaliação	CONCORDÂNCIA			
		Observada ⁽¹⁾		Kappa	IC (95%)
		n	%		
• Segue um padrão regular de alimentação? (P1)	Intra-examinador	53	98,1	0,96	(0,89 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,88 a 1,00)
• Costuma seguir dietas rigorosas? (P2)	Intra-examinador	53	98,1	0,85	(0,55 a 1,00)
	Inter-examinador	51	92,7	0,71	(0,45 a 0,97)
• Considera uma fracasso quebrar a dieta uma vez? (P3)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	51	92,7	0,80	(0,61 a 0,99)
• Conta as calorias de tudo o que Come, inclusive quando não está de dieta? (P4)	Intra-examinador	49	90,7	0,68	(0,43 a 0,94)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• De vez em quando, fica sem se alimentar o dia inteiro? (P5)	Intra-examinador	53	98,1	0,93	(0,80 a 1,00)
	Inter-examinador	52	94,5	0,85	(0,69 a 1,00)
• Com que frequência fica sem se alimentar o dia inteiro? (P6)	Intra-examinador	51	94,4	0,80	(0,67 a 0,92)
	Inter-examinador	54	98,2	0,97	(0,74 a 0,99)
• Método utilizado para perder peso (comprimidos) (P7_1)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Método utilizado para perder peso (diuréticos) (P7_2)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Método utilizado para perder peso	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)

(laxantes) (P7_3)	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Método utilizado para perder peso	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
(provoca vômitos) (P7_4)	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Seus hábitos alimentares	Intra-examinador	52	96,3	0,73	(0,37 a 1,00)
atrapalham sua vida? (P8)	Inter-examinador	51	92,7	0,80	(0,61 a 0,99)
• Diria que a comida “domina” a sua	Intra-examinador	48	88,9	0,60	(0,31 a 0,89)
Vida? (P9)	Inter-examinador	53	96,4	0,90	(0,77 a 1,00)
• De vez em quando, come até	Inter-examinador	52	96,3	0,89	(0,75 a 1,00)
Sentir-se mal fisicamente e ter que	Intra-examinador	53	96,4	0,92	(0,82 a 1,00)
Parar? (P10)					

(1): Com base em 54 questionários na avaliação da coincidência intra-examinador e em 55 na avaliação inter-examinadores.

Tabela 2 – Análise da concordância intra e inter-examinador para os dados da escala da ocorrência de sintomas de bulimia (BITE) entre os adolescentes do estudo piloto

Variável	Avaliação	CONCORDÂNCIA			
		Observada ⁽¹⁾		Kappa	IC (95%)
		n	%		
• Há momentos que você só consegue pensar em comida? (P11)	Intra-examinador	52	96,3	0,92	(0,82 a 1,00)
	Inter-examinador	50	90,9	0,81	(0,65 a 0,97)
• Come moderadamente em frente Aos outros e, em compensação, Exagera quando está sozinho? (P12)	Intra-examinador	51	94,4	0,87	(0,73 a 1,00)
	Inter-examinador	49	89,1	0,73	(0,52 a 0,93)
• Sempre consegue parar de comer quando quer? (P13)	Intra-examinador	52	96,3	0,89	(0,75 a 1,00)
	Inter-examinador	52	94,5	0,77	(0,52 a 1,00)
• De vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem Parar? (P14)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,93	(0,83 a 1,00)
• Quando está ansioso tende a comer muito? (P15)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,90	(0,77 a 1,00)
• A idéia de ficar gordo(a) apavora? (P16)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,93	(0,83 a 1,00)
• De vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)? (P17)	Intra-examinador	53	98,1	0,96	(0,89 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,89 a 1,00)

• Alguma vez, sentiu vergonha dos Seus hábitos alimentares? (P18)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,87 a 1,00)
• O fato de não conseguir se Controlar para comer o(a) preocupa? (P19)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,88 a 1,00)
• Busca na comida um conforto emocional? (P20)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição (P21)	Intra-examinador	52	96,3	0,93	(0,82 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Engana os outros sobre o quanto Come? (P22)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• A quantidade que come é proporcional a fome que sente? (P23)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)

(1): Com base em 54 questionários na avaliação da coincidência intra-examinador e em 55 na avaliação inter-examinadores.

Tabela 3 – Análise da concordância intra e inter-examinador para os dados da escala da ocorrência de sintomas para bulimia (BITE) entre os adolescentes do estudo piloto

Variável	Examinador	CONCORDÂNCIA			
		Observada ⁽¹⁾		Kappa	IC (95%)
		n	%		
• Já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? (P24)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,92	(0,81 a 1,00)
• Esses episódios o deixaram deprimido? (P25)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	51	92,7	0,85	(0,70 a 1,00)
• Esses episódios acontecem sempre quando está sozinho(a)? (P26)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,93	(0,78 a 1,00)
• Com que frequência esses episódios acontecem? (P27)	Intra-examinador	52	96,3	0,93	(0,74 a 1,00)
	Inter-examinador	52	94,5	0,88	(0,80 a 0,97)
• Faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer? (P28)	Intra-examinador	53	98,1	0,95	(0,85 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,94	(0,83 a 1,00)
• Se comer demais, sente-se culpado por isso? (P29)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• De vez em quando, come escondido? (P30)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,87 a 1,00)
• Consideraria seus hábitos alimentares normais? (P31)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)

• Se consideraria uma pessoa que	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
Come em exagero e não consegue	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
Parar? (P32)					
• Seu peso aumenta ou diminui mais	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
Que 2kg em uma semana? (P33)	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)

(1): Com base em 54 questionários na avaliação da coincidência intra-examinador e em 55 na avaliação inter-examinadores.

Os dados sobre o BITE foram coletados em 109 alunos e nestes, o alfa de Cronbach (*Cronbach's alfa*) foi obtido como forma de avaliar a consistência interna ou a confiabilidade dos dados. Esta medida foi igual a 0,76 (superior a 0,75, valor considerado apropriado para este critério), o que indica um valor elevado e, portanto, um grau elevado de consistência interna.

O questionário, em seguida, foi aplicado em 650 alunos de 12 a 16 anos, estudantes de escolas públicas estaduais na cidade Recife, Pernambuco. A maioria, 402 alunos (61,8%), foi considerada negativa para sintomas de BN, através do BITE; 237 (36,5%) tinham escore médio e 11 (1,7%) tinham escore elevado (Gráfico 1).

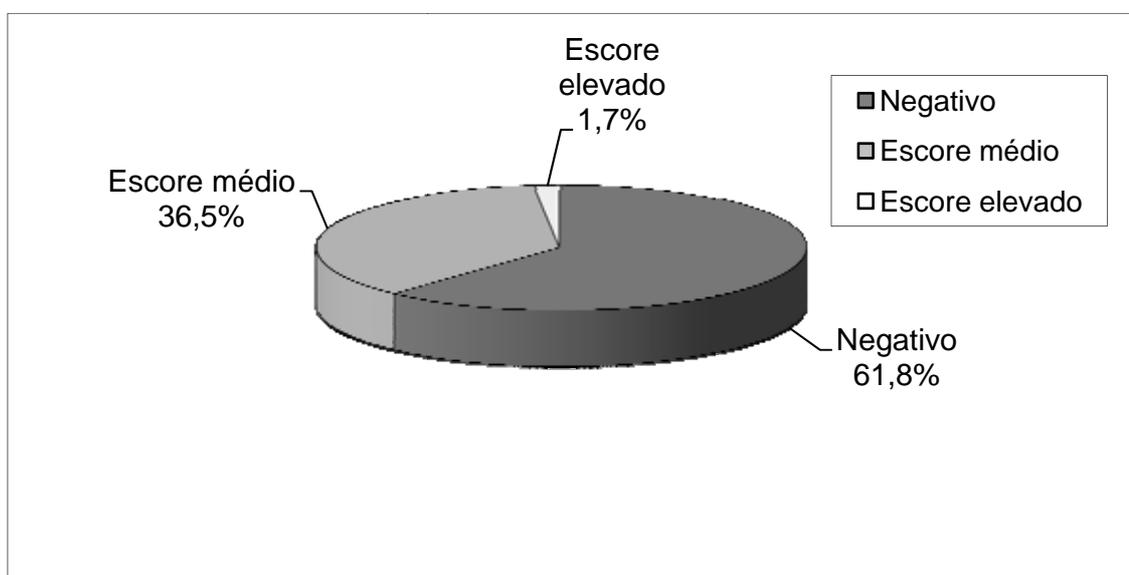


Gráfico 1 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de sintomas de Bulimia Nervosa (BITE)

Nesta fase, foi realizado novamente o teste-reteste em 10% da amostra e recalculada a concordância observada, o valor de kappa e o alpha de Cronbach. O menor percentual da concordância observada foi 95,9% e o menor valor de kappa foi 0,90, indicando que a concordância foi excelente. A medida do alpha de Cronbach atingiu o valor de 0,90, indicando um grau elevado de consistência interna.

Discussão e Conclusão

Com o objetivo de padronizar sistemas diagnósticos e escalas para uso em diversos países, faz-se necessário que a versão original do instrumento seja traduzida para o idioma da população no qual será aplicada.

Em geral, testes psicológicos e escalas psiquiátricas são desenvolvidos com linguagem singular e voltados para um determinado contexto cultural. Nesse sentido, alguns problemas podem surgir com relação à sua generalização, suas propriedades psicométricas, uso de expressões idiomáticas e interpretações baseadas em escores, quando estes instrumentos são utilizados em grupos de pessoas diferentes daqueles para os quais foram originalmente criados. Fatores como linguagem e cultura tem uma influência importante na validade e confiabilidade de tais testes. Portanto, se determinado instrumento foi desenvolvido para um grupo particular de indivíduos com idioma e cultura específicos, a tradução para outro idioma requer inúmeros cuidados.

Uma vez feita a tradução, existem poucas garantias de que as propriedades psicométricas do instrumento permaneçam constantes. Neste caso, faz-se necessária a validação para uso na nova população a ser estudada.

O processo de tradução e adaptação de um instrumento, em alguns aspectos, necessita inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto. De acordo com Freitas et al. (2001) a busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida deve guiar todo o processo de maneira a evitar formas, muitas vezes sutis, de distorção. Atenção ainda maior deve ser dada quando o fenômeno a ser avaliado é subjetivo, como são os fenômenos psicopatológicos. Para estes autores, as maiores dificuldades na tradução relacionam-se às formas coloquiais e às expressões idiomáticas empregadas no instrumento original. Estes problemas podem ser resolvidos por consenso entre os autores, muitas vezes priorizando a adaptação à cultura brasileira em detrimento da equivalência semântica, como foi realizada nesta pesquisa.

Neste estudo, a tradução e a retro-tradução do BITE para a língua portuguesa foram realizadas de maneira cuidadosa e satisfatória, por uma equipe multidisciplinar de saúde, com experiência no tema, com o propósito de adaptar este instrumento para a língua portuguesa, respeitando os valores socioculturais da população brasileira de adolescentes.

No entanto, em relação à questão lingüística do BITE, a maior dificuldade encontrada ao confrontar as três traduções foi em relação ao tempo verbal da língua inglesa para a portuguesa e algumas palavras traduzidas diferentemente do inglês para o português. Porém, esse fato foi evidenciado em apenas 5 questões (nº05,06,09,32,33), particularmente na palavra “jejum”, substituída por “ficar sem se alimentar”, a expressão “comer compulsivamente”, substituída por “comer em exagero e não conseguir parar” e na questão “seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana?”, que na versão deste estudo ficou como “Seu peso

aumenta ou diminui mais que 2 quilos e meio em uma semana?”, quando comparada com a versão de Cordas; Hochgraf (1993).

Outra modificação feita foi na estrutura do questionário, quando se optou por colocar todas as questões em um único quadro, tornando o seu aspecto visual menos extenso, facilitando a participação do adolescente.

A escolha por amostra de adolescentes de ambos os gêneros se deu pelo fato de que, apesar da prevalência ainda ser considerada maior entre mulheres, o aumento do número de casos de TAs em homens tem sido observado por diversos autores (Willi; Grossman, 1983; Szmukler, 1985; Marchi & Cohen, 1990; Abott et al., 1993; Herzog et al., 1993; Fisher et al., 1995; Mahan & Stump, 1998; Caldeira; D’Ottaviano-Napole & Busse, 1999; Morandé; Celada & Casas, 1999; Appolinário; Claudino, 2000; Pop-Jordanova, 2000; Cordás, 2001; Jones et al., 2001; Leite; Pinto, 2001; Campos, 2002; Marin, 2002; Ximenes, 2004).

Neste estudo foi feita a escolha por escolas públicas como locais de estudo dos adolescentes. Isso porque há relatos mais recentes de que o aparecimento de sintomas de TAs independe do nível socioeconômico, como o de Nunes (2006), quando afirmou que, recentemente, diversos autores têm questionado a associação dos TAs aos estratos mais altos da sociedade e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava. Favaro; Ferrara; Santonastaso (2003) ainda adicionaram que tanto a classe social, quanto o status profissional e a educação não são associados com o aumento do risco para o desenvolvimento de TAs. Essa associação também não foi observada no estudo de Ximenes (2004).

Os resultados do estudo sobre coincidência e análise intra-examinador revelaram que a concordância observada variou de boa a excelente. Os resultados encontrados na consistência interna do teste foram muito satisfatórios, com o valor de alpha de 0,76 (superior a 0,75), o que indica um valor elevado e, portanto, um grau elevado de consistência interna, considerado apropriado para uso em população brasileira de adolescentes.

Por fim, a versão da escala foi aplicada em uma amostra populacional de 650 adolescentes, alcançando um valor de prevalência de sintomas superior a estudos anteriores entre adolescentes (All-Adawi et. al., 2002; Bhugra et. al., 2003; Miotto et al., 2003; Vilela et. al., 2004; Rodriguez-Cano; Beato-Fernandez & Belmonte–Liario, 2005; Tseng et al., 2007), que utilizaram a mesma escala, no entanto, com a sua versão validada em português na população adulta, o que poderia comprometer os resultados.

A validade de um construto reflete a habilidade de um instrumento de medir um conceito abstrato ou construto. Refere-se a uma ampla abordagem de variedades que são utilizadas quando o que se quer medir é algum atributo ou qualidade que não é definido operacionalmente, ou seja, um construto hipotético é mais do que algo que possa ser prontamente observável. A validade de um construto de um instrumento indica se ele efetivamente mede um conceito teórico específico.

Sendo assim, a tradução e adaptação do BITE – versão para adolescentes mostrou boa equivalência lingüística, conceitual e da escala, além de versão e adaptação ser considerada apropriada, independente do examinador, podendo, assim, ser utilizada para avaliação de sintomas de BN.

Referências

Abott, D.W. et al. Practice guideline for eating disorders. *Am. J. Psychiatry.*, Washington, v.150, n.2, p. 212-228, Feb. 1993.

All-Adawi, S. et al. A survey of anorexia nervosa using the Arabic version of the EAT-26 and gold standard interviews among Omani adolescents. *Eat. Weight Disord.*, v.4, n.7, p.304-311, Dec. 2002.

Appolinário, J.C. & Claudino, A.M. Transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, n.22, p.28-31, dez. 2000.

Bhugra, D. et al. Prevalence of bulimic behaviors and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad and Barbados. *Transcult. Psychiatr.*, v.3, n.40, p.409-428, Sep. 2003.

Bighetti, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J. Bras. Psiquiatr.*, v.53, n.6, p.339-346, 2004.

Bruch, H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, 1973. p.396.

Bryant-Waugh, R.J. et al. The use of eating disorder examination with children: a pilot study. *Int. J. Eat. Disord.*, n.19, p.391-397, 1996.

Busse, S.R. & Silva, B.L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S.R. *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, 2004.

Caldeira, T.H.; D'Ottaviano-Napole, R.C. & Busse, S.R. Bulimia nervosa e suas alterações odontológicas. *Ped. Mod.*, São Paulo, n.35, p.130-135, maio 1999.

Campos, Imagens irreais. *Rev. Viver Psicol.*, São Paulo, n.109, p.24-29, fev. 2002.

Carter, J.C.; Stewart, D.A. & Fairburn, C.G. Eating Disorder Examination Questionnaire: norms for Young adolescent girls. *Behav. Res. Ther.*, v.39, p.625-632, 2001.

Carvalho et al. Tradução do inglês para o português do Questionário de Auto - Avaliação da Escala de Hamilton para a Depressão. *J. Bras. Psiq.*, São Paulo, v.42, n.5, p.225-260, 1993.

Cordás, T.A.; Hochgraf, P.B. O BITE. Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *J. Bras. Psiquiatr.*, n.42, p.141-144, 1993.

Cordás, T.A. Transtornos alimentares em discussão. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.23, n.4, p.178-179, dez. 2001.

Cordás, T.A. & NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H. & Zuardi, A.W. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos editorial, 2000. p.345-53.

Fairburn, C. G. & Cooper, Z. The eating disorders examination. In: Fairburn, C.G. & Wilson, G. T., *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993. p. 160-192.

Favaro, A.; Ferrara, S. & Santonastaso, P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom. Med.*, New York, v.65, n.4, p.701-708, Jul./ Aug. 2003.

Fichter, M.M.; Elton, M.; Engel, K.; Meyer, A.E.; Mall, H. & Potska, F. Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB): development of a new instrument for the assessment of eating disorders. *Int. J. Eat. Dis.*, v.10, p.571-592, 1991.

Fisher, M. et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J. Adolesc. Health.*, New York, v.16, n.6, p.420-437, Jun. 1995.

Freitas, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*, v.23, n.4, p.215-220, 2001.

Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, London, v.9, n.2, p.273-279, 1979.

Garner, D. M.; Olmstedt, M. P. & Polivy, J. Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, n.2, p.14-34, 1983.

Garner, D.M. Measurement of eating disorder psychopathology. In: Fairburn, C.G. & Brownell, K.D. *Eating disorder and obesity. A comprehensive handbook*. 2 ed. New York: The Guilford Press, 2002. p.141-146.

Henderson, M. & Freeman, C. P. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *Brit. J. Psychiatr.*, London, n.150, p.18-24, 1987.

Herzog, D.B. et al. Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.*, n.32, p.835-842, 1993.

Hoek, H.W. & Hoeken, D. Epidemiological and cultural aspects of eating disorders. In: MAJ, M. et al. *Eating disorders*. New York: John Wiley & Sons, 2003. p.75.

Jones, J.M. et al. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *CMAJ*, Ottawa, n.165, p. 547-552, 2001.

Leite, A.& Pinto, L. Anorexia e Bulimia afetam a saúde bucal. *Rev. APCD.*, São Paulo, v.55, n.5, p.313-318, set./out. 2001.

Mahan, L.K. & Stump, S.E. Nutrição na adolescência. In: Mahan, K.L.; Escott- Stump, S. *Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca, 1998. p. 279-283.

Marchi, M.& Cohen, P. Early childhood eating and adolescent eating disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc.*, n.29, p.112-117, 1990.

Marin, V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev. Chil. Nutr.*, Santiago, v.29, n.2, p.86-91, ago. 2002.

Miotto, P. et al. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.7, n.191, p.437-443, Jul. 2003.

Morandé, G.; Celada, J. & CasaS, J.J. Prevalence of eating disorders in spanish scholl-age population. *J. Adolesc. Health*, v.24, p.212-219, 1999.

Moya, T. Criação e análise da sessão de transtornos alimentares do DAWBA (levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes). 2004. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

Nunes, M.A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT-26). *Rev. ABP-APAL.*, n.16, p.7-10, 1994.

Nunes, M.A. *Avaliação do impacto de comportamentos alimentares anormais em uma coorte de mulheres jovens no sul do Brasil*. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

Nunes, M.A. et al., The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian Version of the Eating Attitudes Test -26. *Bras. J. Med. Biol. Res.*, v.38, n.11, p.1655-1662, Nov. 2005.

Nunes, M.A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: Nunes, M.A. et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 51- 57.

Palmer, R.L. The dietary chaos syndrome: a useful new term? *Br. J. Med. Psychol.*, v.52, n.2, p.187-190, 1979.

Palmer, R.; Christie, M.; Cordle, C.; Davies, D. & Kenrick, J. The clinical eating disorder rating instrument (CEDRI): a preliminary description. *Int. J. Eat. Dis.*, v.6, p.9-16, 1987.

Pop-Jordanova, N. Psychological characteristics and biofeedback mitigation in preadolescents with eating disorders. *Ped. Int.*, n.42, p.76-81, 2000.

Rodriguez-Cano, T.; Beato-Fernandez, L. & Belmonte – Llario, A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur. Psychiatr.*, v.2, n.20, p.173-178, Mar. 2005.

Russell, G.F.M. Bulimia nervosa: na ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, v.9, p.429-448, 1979.

Szmukler, G.I. The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *J. Psychiatr. Res.*, Oxford, v.19, n.2-3, p.143-153, 1985.

Tseng, M.M.; Fang, D.; Lee, M.B.; Chie, W.C.; Liu, J.P. & Chen, W.J. Two-phase survey of eating disorders in gifted dance and non-dance high school students in Taiwan. *Psychol. Med.*, v.8, n.37, p.1085-1096, 2007.

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

Willi, J. & Grossman, S. Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.140, n.5, p. 564-567, May. 1983.

Williamson, D.A. *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press; 1990. p. 29-79.

Ximenes, R. C. C. (2004) Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes com 14 anos de idade na cidade de Recife (pp. 136). Dissertação (Mestrado em Odontopediatria), Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragibe.

Ximenes, R., Couto, G. & Sougey, E. (2010) Eating Disorders in Adolescents and their Repercussions in Oral Health. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1),59-64.

Ximenes, R. C. C. (2008) Transtornos alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência. Tese de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

6 CONCLUSÃO

O alto índice de sintomas positivos em transtornos alimentares compartilhado com a alta incidência de insatisfação corporal demonstrou a importância de estudos em populações não clínicas e o desenvolvimento de métodos de prevenção primária. Apesar dos estudos atuais trazerem o aumento dos transtornos alimentares nos adolescentes do gênero masculino, as adolescentes do gênero feminino, ainda são, as que correm maior risco de desenvolverem esses transtornos. Além disso, faltam estudos que expliquem a importância da influência dos responsáveis no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares, sendo esse dado de essencial importância para melhor compreensão do desenvolvimento destes distúrbios.

A criação de programas de prevenção pode diminuir o sofrimento e o custo com os tratamentos em transtornos da alimentação, que são onerosos e perduram por muito tempo. As escolas são locais por excelência para a realização da prevenção por ser o habitat em que o adolescente se sente bem, entre seus pares.

7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A ciência possui como princípio a incompletude, a incessante busca pela verdade. Assim, esta pesquisa possui lacunas que, infelizmente, não puderam ser preenchidas durante a sua execução, este fato, porém, é mais um propulsor para a continuação dos estudos.

Um estudo do tipo transversal, como este realizado, é um bom instrumento para rastreamento, porém este tipo de estudo se caracteriza por corresponder somente a um momento de uma dinâmica, podendo ser comparado a uma fotografia. No estudo transversal não é possível acompanhar o curso dos transtornos estudados e nem considerar aspectos da etiologia dos distúrbios focos da pesquisa (PEREIRA, 2002).

Na avaliação da imagem corporal, mais especificamente da insatisfação corporal, é necessária a clareza da pontualidade desta avaliação neste estudo. A imagem corporal e conseqüentemente a insatisfação com o próprio corpo variam no decorrer do tempo, principalmente durante transcorrer dos transtornos alimentares (NUNES *et. al.*, 2006).

A utilização dos instrumentais auto-aplicáveis possui várias facilidades, já expostas. Porém, vários conceitos não são possíveis de serem avaliados nestes questionários, não permitindo o diagnóstico (NUNES *et. al.*, 2006).

8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE sob o protocolo: 036/2011 (ANEXO Q) e pela Secretaria da Educação do Estado de Pernambuco, através de suas gerências regionais: GRE Recife Norte (ANEXO R) e GRE Recife Sul (ANEXO S).

Participaram desse estudo os adolescentes cujos responsáveis assinaram o TCLE. Os adolescentes também foram informados dos propósitos da pesquisa e sua participação foi voluntária.

Durante a realização da pesquisa, a mesma foi acompanhada pelo Comitê de Ética da UFPE, tendo sido realizado relatório pelo conselheiro Prof. Dr. Paulo Carvalho, afirmando que a mesma cumpria todas as normas éticas estabelecidas.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, 4ª ed. (DSM IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2002.

APPOLINARIO, J. C.; CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Apresentação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, s. III, p.01-02, dez. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil 2011**. Acesso em 12 de abril de 2011. Disponível em: <www.abep.org> .

BACALTCHUCK, J.; HAY, P. Tratamento da bulimia nervosa: síntese das evidências. **Revista Brasileira de Psiquiatria** São Paulo, v.21, n.3, p.184- 187, set. 1999.

BIGHETTI, F. *et. al.* Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto/ São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 53, n. 6, p. 339-346, nov. / dez. 2004

CAETANO, A. S. *et. al.* Influência da atividade física na qualidade de vida e auto-imagem de mulheres incontinentes. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 2, n. 15, p. 93-97, mar/abr. 2009.

CAMPOS, R. Imagens irreais. **Revista Viver Psicologia [Viver Mente & Cérebro]**. São Paulo, n.109, p. 24-29, 2002.

CAVALCANTI, A. M. T. S. **Transtornos do comportamento alimentar em escolares da cidade do Recife**. 2010. 149f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2010.

CENCI, M.; PERES, K. G.; VASCONCELOS, F. A. G. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.36, n.3, p. 83-8, 2009.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista de Psiquiatria Clínica**., São Paulo, v.24, s. III, p.07-12, dez. 2002.

CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guia de transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005. Série: guias de medicina ambulatorial e hospitalar.

COCHRAN, W. G. **Sampling techniques**. New York: John Wiley & Sons, 1977a. p. 89 – 114.

_____. **Sampling techniques**. New York: John Wiley & Sons, 1977b. p. 115 – 149.

CONTI, M. A.; CORDÁS, T.A.; LATORRE, M. R. D. O. A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, Set. 2009.

CONTI, M. A.; SLATER, B.; LATORRE, M. R. D. O. Validação e reprodutibilidade da Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal para Adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 515-524, Jun 2009.

CORDÁS, T. A.; BUSSE, S.R. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: LOUZÃ NETO, M. R. *et. al.* **Psiquiatria Básica**. São Paulo: Artes Médicas. 1995. p. 273-282.

CORDÁS, T. A.; CASTILHO, S. Body image on the eating disorders – evaluation instruments: “Body Shape Questionnaire”. **Psiquiatria Biológica**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 17-21. 1994.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, s.III, p. 03-06, dez. 2002.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.26, n.1, p. 41-47, 1999.

DELLEL, M. *et. al.* Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups. **Psychology in the Schools**, Hoboken, NJ. EUA, v.46, n.8, p. 767-775, 2009.

DI PIETRO M.C. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ - “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 2001.

DOTTI, A.; LAZZARI, R. Validation and reliability of the Italian *EAT-26*. **Eating and weight disorders**. Milano, It, v.3, n.4, p. 188-194, dez. 1998.

DUNKER, K. L. L.; FERNANDES, C. P. B.; CARREIRA FILHO, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 58, n.3, p. 156-61, 2009.

FERRIANI, M. G. C. *et. al.* Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p, 27-33, mar. 2005 .

FREITAS, S. Transtornos alimentares: introdução, diagnóstico, epidemiologia e etiologia. In: BRASIL, M. A. A.; BOTEAGA, N. J. **PEC - Programa de Educação Continuada: Título de Especialização em Psiquiatria 2000-2003**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 196-204.

GALVÃO, A.N. *et. al.* Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. *et al.* **Transtornos Alimentares e obesidade**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.59-71.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE.). **Sinopse do censo demográfico 2012. Pernambuco**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=26&dados=0> Acesso em: 19 de maio de 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Microdados censo escolar 2009**. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/basicas-levantamentos-acessar> Acesso em: 15 de fevereiro de 2010.

KAKESHITA, I. S. *et. al.* Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 263-270, jun. 2009 .

LOUZÃ NETO, M. R. *et. al.* 1995. Transtornos alimentares. In: _____ . **Psiquiatria Básica**. São Paulo: Artes Médicas,1995.p.283-288.

MEHLER, P. S. Bulimia nervosa. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 349, n. 9, p. 2363- 2364, dez. 2003.

MELIN, P.; ARAÚJO, A. M. Transtornos Alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, s. III p.73-76, 2002.

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

NUNES, M. A. *et. al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PERES, R. S. & SANTOS, M. A. Contribuições do desenho da figura humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39 n. 3, p. 361-370, 2006.

PESA, J.A.; SYRE, T.R.; JONES, E. Psychosocial Differences Associated with Body Weight Among Female Adolescents: The Importance of Body Image. **Journal of adolescent health**, New York, v. 26, n. 5, p. 330-337, 2000.

PINTO, A. C. M. *et. al.* Transtornos alimentares em alunas da faculdade de medicina do centro de ciências médicas e biológicas da Puc-SP. **Revista Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v.1, p. 16-20. 2009

KAUFMAN, A. **Transtornos alimentares na adolescência** [artigo de revisão]. Out. 2000. Disponível: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=88>. Acesso em: 9 set. 2011.

REATO, L.F.N. Mídia x Adolescência. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 37, p 37-40, mai. 2001.

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

SECCHI, K.; CAMARGO, B. V.; BERTOLDO, R. B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 229-236, abr./jun. 2009.

SOUZA, F. G. M. *et. al.* Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n.4, p. 172-80, 2002.

STENZEL, L. M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. *et. al.* **Transtornos Alimentares e obesidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 73-81.

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

TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. 2003. 332f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

VALE, M. O. A. *et. al.* Comportamentos de Risco para Transtornos do Comportamento Alimentar entre Adolescentes do Sexo Feminino de Diferentes Estratos Sociais do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.121- 132, jan. 2011.

van DEN BERG, P.A. *et. al.* Maternal and adolescent report of mothers' weight-related concerns and behaviors: longitudinal associations with adolescent body dissatisfaction and weight control practices. **Journal of pediatric psychology**, Washington, v.35, n.10, p.1093–1102, 2010b.

van DEN BERG, P.A. *et. al.* The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. **Journal of adolescent health**. New York , v.47, n.3, p.290–296, Sep. 2010a.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents.** 2006. Disponível em: <<http://www.euro.who.int>>. Acessado em: 5 de outubro de 2009.

XANTHOPOULOS, M.S. *et. al.* The impact of weight, sex, and race/ethnicity on body dissatisfaction among urban children. **Body Image.** Amsterdam, NL, v.8, n.4, p.385-389, 2011.

XIMENES, R. C. C. **Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes com 14 anos de idade na cidade de Recife.** 2004. 136 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Camaragibe. 2004.

XIMENES, R. C. C. *et. al.* Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011.

XIMENES, R. C. C.; COUTO, G. B. L.; SOUGEY, E. B. Eating Disorders in adolescents and their repercussions in oral health. **International journal of eating disorders,** New York, NJ, EUA, v.43, n.1, p. 59-64, jan. 2010.

APÊNDICE A – Questionário Sócio-Biodemográficos

Número

--	--	--	--

1. Qual a sua idade?

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

2. Sexo?

Masculino Feminino

3. Você tem irmãos? Sim Não

Se **NÃO** passe para o item 5;

Se **SIM**;

4. Que lugar você ocupa com relação aos irmãos?

É o (a) filho (a) caçula É o (a) mais velho (a) É intermediário (do meio)

5. Até que série seu responsável estudou?

Analfabeto (Nunca foi à escola)/ Fundamental incompleto (estudou até a 3ª série).

Fundamental 1 completo (estudou até a 4ª série).

Ensino fundamental 2 completo (estudou até a 8ª série).

Nível médio completo.

Ensino superior completo (faculdade).

6. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

7. Quantos cômodos tem na sua casa? _____ cômodos.

8. Sobre a sua casa:

Itens em sua casa	Não tem	TEM (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores					
Videocassete/ DVD					
Rádios					
Banheiros					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer (*)					

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Menores De 18 Anos

Pesquisadora Responsável: Tatiana Araújo Bertulino da Silva. CRP-PE: 02/14257

Endereço: Rua Ildefonso Araújo do Rego, 72. Várzea. Recife/ PE. CEP: 50810-210. Tel.: 9272-5809.

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50670-901 Tel.: 2126 8588.

Você _____, RG nº _____, e seu filho estão sendo convidados a participar da pesquisa intitulada “Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal em jovens recifenses”, que tem como objetivo identificar a prevalência de insatisfação corporal em jovens com sintomas de transtornos alimentares, na qual o participante responderá a questionários relacionados aos transtornos alimentares. Trata-se do projeto de pesquisa do curso de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, da pesquisadora responsável Tatiana Araújo Bertulino da Silva, sob orientação dos Professores Drs. Everton Botelho Sougey e Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram garantidas, assim como dos riscos e benefícios relacionados abaixo:

1. O jovem irá responder a perguntas relacionadas à alimentação, à imagem corporal e à economia da família;
2. O jovem tem a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
3. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir que o jovem participe do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ao atendimento que ele recebe;
4. O jovem não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo;
5. As respostas do jovem serão mantidas em sigilo pela pesquisadora; e todas as despesas para desenvolvimento da pesquisa são de responsabilidade apenas da pesquisadora.

RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o jovem possa ter para responder aos questionários, sendo essa possibilidade pequena.

BENEFÍCIOS: Caso o jovem tenha alguma indicação de tratamento, será encaminhado ao serviço de saúde público mais próximo de sua residência e receberá as instruções devidas.

Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação.

Recife, _____ de _____ de 20_____.

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura

Nome do pai e/ou responsável

Assinatura

Nome da primeira testemunha

Assinatura

Nome da segunda testemunha

Assinatura

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Maiores de 18 Anos

Pesquisadora Responsável: Tatiana Araújo Bertulino da Silva. CRP-PE: 02/14257

Endereço: Rua Ildefonso Araújo do Rego, 72. Várzea. Recife/ PE. CEP: 50810-210. Tel.: 9272-5809.

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50670-901 Tel.: 2126 8588.

Você, _____, RG nº _____, está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal em jovens recifenses”, que tem como objetivo identificar a prevalência de insatisfação corporal em jovens com sintomas de transtornos alimentares, na qual o participante responderá a questionários relacionados aos transtornos alimentares. Trata-se do projeto de pesquisa do curso de Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, da pesquisadora responsável Tatiana Araújo Bertulino da Silva, sob orientação dos Professores Drs. Everton Botelho Sougey e Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram garantidas, assim como dos riscos e benefícios relacionados abaixo:

1. O jovem irá responder a perguntas relacionadas à alimentação, à imagem corporal e à economia da família;
2. O jovem tem a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
3. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir que o jovem participe do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ao atendimento que ele recebe;
4. O jovem não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo;
5. As respostas do jovem serão mantidas em sigilo pela pesquisadora; e todas as despesas para desenvolvimento da pesquisa são de responsabilidade apenas da pesquisadora.

RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o jovem possa ter para responder aos questionários, sendo essa possibilidade pequena.

BENEFÍCIOS: Caso o jovem tenha alguma indicação de tratamento, será encaminhado ao serviço de saúde público mais próximo de sua residência e receberá as instruções devidas.

Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura

Nome do pesquisado

Assinatura

Nome da primeira testemunha

Assinatura

Nome da segunda testemunha

Assinatura

ANEXO A – Submissão do Artigo de Revisão de Literatura à Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa

Assunto:	[PTP] Agradecimento pela Submissão
De:	Psicologia: Teoria e Pesquisa (revptp@unb.br)
Para:	tatiana_bertulino@yahoo.com.br;
Data:	Sexta-feira, 27 de Janeiro de 2012 9:54

Tatiana Araújo Bertulino da Silva,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Transtornos Alimentares e Insatisfação Corporal em Adolescentes – Revisão da Literatura" para Psicologia: Teoria e Pesquisa. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/author/submission/962>

Login: tatiana_bertulino

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Psicologia: Teoria e Pesquisa

Psicologia: Teoria e Pesquisa

PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA

Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

www.revistaptp.unb.br | +55 61 3107-6826

+55 61 3107-6826

ANEXO B – Confirmação de submissão do Artigo Original ao periódico *International Journal of Eating Disorders*

Assunto:	International Journal of Eating Disorders - Manuscript # IJED-12-0037
De:	mstrober@mednet.ucla.edu (mstrober@mednet.ucla.edu)
Para:	tatiana_bertulino@yahoo.com.br;
Data:	Sexta-feira, 27 de Janeiro de 2012 15:07

27-Jan-2012

Dear Ms. Bertulino da Silva:

Your manuscript entitled "Association between body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in a representative sample of adolescents in Recife - Brazil" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the International Journal of Eating Disorders.

Your manuscript # is IJED-12-0037.

Please mention the above manuscript # in all future correspondence regarding this submission.

You can view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging into <http://mc.manuscriptcentral.com/ijed>.

If you have difficulty using this site, please contact our Support Desk at support@scholarone.com.

Thank you for submitting your manuscript to the International Journal of Eating Disorders.

Sincerely,

Dr. M Strober
Editor, International Journal of Eating Disorders
mstrober@mednet.ucla.edu

ANEXO C – Confirmação da Submissão do Artigo Referente ao Estudo Piloto ao Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Assunto:	Submission Confirmation for Comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes: Estudo Piloto
De:	Jornal Brasileiro de Psiquiatria (editora@ipub.ufrj.br)
Para:	tatiana_bertulino@yahoo.com.br;
Data:	Sexta-feira, 27 de Janeiro de 2012 12:59

Dear Ms Bertulino S,

Your submission entitled "Comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes: Estudo Piloto" has been received by Jornal Brasileiro de Psiquiatria

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://jbp.edmgr.com/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

ANEXO D – Publicação do Artigo: Versão brasileira do BITE para uso em adolescentes no periódico: Arquivos Brasileiros de Psicologia

ARTIGOS

Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes¹

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Pós-doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.
rosanaximenes@gmail.com

Viviane Colares

Docente, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.
vivianecolares.upe@gmail.com

Tatiana Bertulino

Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.
tatiana_bertulino@yahoo.com.br

Geraldo Bosco Lindoso Couto

Docente, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.
gbosco@ufpe.br

Everton Botelho Sougey

Docente, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil.
evertonbs@yahoo.com

Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes

Resumo

O objetivo deste estudo foi traduzir para a língua portuguesa e adaptar o Bullmic Investigatory Test of Edinburgh - BITE em uma amostra de 109 adolescentes de 12 a 16 anos. Foram feitas tradução e retrotradução, adaptação transcultural, validação de face e aplicação da escala. Para a validação do questionário, foram obtidos os dados de coincidência observada e Kappa intra e interexaminador e o Alfa de Cronbach. A concordância observada e a análise do Kappa intra e interexaminadores variou de boa a excelente (CO – 88,9% a 100% e Kappa 0,60 a 1,0). A medida do alfa de Cronbach indicou um grau elevado de consistência interna (0,76), que garantiu a confiabilidade da escala. A tradução do BITE – versão para adolescentes mostrou boa equivalência linguística, conceitual e da escala, mostrando índices de precisão e validade de conteúdo.

ANEXO E – Projeto de Extensão Adolescer: Aprendendo a ser um adolescente saudável aprovado pela Pró - Reitoria de Extensão Recife

Resumo

Projeto de extensão é o meio pelo qual a universidade estabelece uma relação com a sociedade na qual está inserida. Esta relação instaura um ciclo de retroalimentação positivo, que justifica a existência da universidade na sociedade. A escola é uma ambiente favorável para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, identificando as condições orgânicas gerais e hábitos do adolescente e elaborando planejamento de ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos alunos. O objetivo principal deste projeto é contemplar a prevenção de agravos à saúde do adolescente, contribuindo com seu desenvolvimento numa abordagem interdisciplinar. Foi aprovado pela Pró-Reitoria de Extensão PROEXT da Universidade Federal de Pernambuco, em março/2011, o projeto em tela, que está sendo desenvolvido em uma escola da rede estadual de ensino público, na cidade de Recife. O projeto de extensão é baseado na interdisciplinaridade, cujas estratégias adotadas destacam-se a investigação de hábitos posturais inadequados e de alterações na biomecânica corporal, realizado por fisioterapeutas; identificação do estado nutricional, desenvolvido por nutricionistas; avaliação da saúde bucal, de competência de odontólogos; investigação da saúde mental, por psicólogos; e o uso racional de medicamento, por farmacêuticos. Nesse primeiro momento foi realizada ações de diálogo com os professores, pais e alunos para melhor acolhimento e atendimento das necessidades dos adolescentes em relação à saúde geral. Está sendo realizada reunião para treinamento de pessoal, estudo do tema, elaboração de protocolo para diagnóstico e tratamento, planejamento das ações e elaboração de material didático-educativo. Os atendimentos foram iniciados com boa receptividade de todos os membros da escola. A interação universidade-comunidade, através de projetos de extensão, propicia uma troca entre alunos de graduação e comunidade, confirmando se os avanços técnico-científicos aprendidos nas salas de aula podem trazer mudanças e desenvolvimento para a sociedade, tornando o aprendizado mais integral e efetivo.

ANEXO F – Produções em Congressos durante o período da dissertação

Congresso	Local/ Ano	Trabalhos apresentados
XVIII Simpósio Sobre o Cérebro	Recife, 2010	<ul style="list-style-type: none"> • TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE ADOLESCENTES: revisão sistemática sobre a evolução na pesquisa da relação • Revisão: Alcoolismo entre adolescentes portadores de distúrbios alimentares • Prevalência da gengivite e placa visível em adolescentes brasileiros em risco para transtornos alimentares • Avaliação dos hábitos alimentares em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares
Rio International Eating Disorders and Obesity Conference	Rio de Janeiro, 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Translation and validation of the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) in adolescents • Prevalence of gingivitis and visible plaque in Brazilian adolescents at risk of eating disorders • Evaluation of eating habits and behaviors in adolescents at risk of eating disorders • Alcoholism among adolescents with eating disorders
VIII Congresso Internacional de Tecnologia na Educação	Recife, 2010	<ul style="list-style-type: none"> • O impacto das influências da escola, família e mídias adolescentes na avaliação de hábitos alimentares e comportamentos alimentares entre adolescents • Abordagem Preventiva dos Transtornos Alimentares na Adolescência: desenvolvimento de cartilhas educativas
10th London International Eating Disorders Conference	Londres, 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Translation and validation of the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) in adolescents • Preventive approach of eating disorders during adolescence: development of an educational booklet • Oral alterations in adolescents related to eating disorders • Drinking among adolescents with eating disorders
XIX Congresso Internacional de Tecnologia na Educação	Recife, 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto de Extensão em Transtornos Alimentares – Petra • PROJETO ADOLESCER: aprendendo a ser um adolescente saudável numa abordagem interdisciplinar
23º Congresso Brasileiro de Odontopediatria	Goiania, 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de Insatisfação da Imagem Corporal em Adolescentes com Sintomas de Transtornos Alimentares

ANEXO G – Orientações de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) sobre o tema da dissertação

Título	Autor	Faculdade/Ano
Uso de anorexígenos por adolescentes	Ketty Hyorrara Vera.	Faculdade Maurício de Nassau, 2011
Co-morbidade de Sintomas depressivos em Adolescentes com Transtornos Alimentares	Natália Carla da Silva	. Faculdade Maurício de Nassau

ANEXO H – Regras da revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, adaptado do endereço <http://www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/about/submissions>

A Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa publica artigos originais relacionados às diversas áreas da psicologia e adota as normas de publicação da Sexta Edição do Manual de Publicação da American Psychological Association (APA, 2010). Os autores interessados em submeter manuscritos a Psicologia: Teoria e Pesquisa devem seguir rigorosamente as normas descritas no manual da APA.

No concernente aos tipos de contribuição, conforme as normas da APA, a Psicologia: Teoria e Pesquisa aceita manuscritos de revisão de literatura sob as seguintes normas: trata-se de sínteses de pesquisa ou meta-análises e consistem em avaliação crítica de material já publicado. O propósito deste tipo de contribuição é que os autores integrem e avaliem material previamente publicado, considerando o progresso da pesquisa e buscando clarificar um problema específico. É esperado que os autores: (a) definam claramente um problema; (b) sumariem investigações prévias para informar o leitor sobre o estado da pesquisa; (c) identifiquem relações, contradições, lacunas e/ou inconsistências na literatura; e (d) sugiram próximos passos de investigação para a resolução dos problemas identificados. Não há uma estrutura de seções pré-definida para este tipo de contribuição, de forma que os autores devem buscar um formato coerente para o texto. É fundamental que haja um argumento organizador e não somente uma compilação de pesquisas já realizadas. Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

Forma de Apresentação dos Manuscritos

Psicologia: Teoria e Pesquisa adota integralmente as normas de publicação do Publication Manual of the American Psychological Association (6a edição, 2010). Os manuscritos devem ser redigidos em português, inglês ou espanhol ou, ainda, em outra língua a critério do conselho editorial.

A apresentação de informações numéricas e estatísticas deverá seguir o preconizado no manual da APA. Para os manuscritos redigidos em língua portuguesa solicita-se a normalização das informações numéricas e estatísticas conforme recomendações de Carzola,

Silva e Vendramini (2009), que pode ser acessado gratuitamente no seguinte endereço eletrônico: <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>

Como fonte complementar aos autores recomenda-se a consulta à informação on-line sobre o manual de publicação da APA nos seguintes endereços:

<http://www.apastyle.org/>

<http://owl.english.purdue.edu/owl/section/2/10/>

ANEXO I - Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEA, 2011)



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	47 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.

Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira;

Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2^ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmarções freqüentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pele critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2009
A1	42 a 46	11.480
A2	35 a 41	8.295
B1	29 a 34	4.754
B2	23 a 28	2.656
C1	18 a 22	1.459
C2	14 a 17	962
D	8 a 13	680
E	0 a 7	415

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA**2009**

CLASSE	Total Brasil	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	0,5%	0,6%	0,4%	0,2%	0,2%	0,4%	1,9%	0,6%	0,2%	0,5%
A2	4,0%	5,1%	4,6%	4,8%	2,3%	6,2%	7,2%	1,6%	3,0%	2,3%
B1	9,1%	7,8%	11,0%	9,4%	6,3%	12,9%	14,1%	4,6%	7,7%	6,1%
B2	19,3%	17,5%	23,3%	20,7%	8,7%	23,5%	22,0%	10,9%	18,9%	13,4%
C1	25,6%	25,8%	28,0%	27,0%	17,1%	24,4%	22,3%	17,9%	28,9%	19,2%
C2	23,2%	23,1%	20,1%	23,2%	28,5%	18,7%	19,8%	29,5%	23,8%	33,1%
D	17,1%	19,7%	12,1%	13,3%	31,8%	13,2%	12,6%	30,8%	17,2%	23,3%
E	1,1%	0,5%	0,5%	1,5%	5,1%	0,9%	0,3%	4,1%	0,3%	2,2%

ANEXO J – Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

Número

Por favor, responda às seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorado com a idéia de estar engordando						
2. Evito comer quando estou com fome						
3. Sinto-me preocupado com alimentos						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar						
5. Corto meus alimentos em pequenos pedaços						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como						
7. Evito particularmente os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas etc.)						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais						
9. Vomito depois de comer						
10. Sinto-me extremamente culpado depois de comer						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro						
12. Penso em queimar calorias quando me exercito						
13. As pessoas me acham muito magro						
14. Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar						
17. Costumo comer alimentos dietéticos						
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer						
21. Passo muito tempo pensando em comer						
22. Sinto desconforto após comer doces						
23. Faço regimes para emagrecer						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições						

**ANEXO K - Teste de Avaliação de Bulimia de Edimburgo – Versão para Adolescentes
(Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE))**

Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE							
01	Você segue um padrão regular de alimentação?					() SIM	() NÃO
02	Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?					() SIM	() NÃO
03	Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez?					() SIM	() NÃO
04	Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não esta de dieta?					() SIM	() NÃO
05	Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro? <i>(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.)</i>					() SIM	() NÃO
06	Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?					Dia sim, dia não (5) 2-3 vezes por semana (4) Uma vez por semana (3) De vez em quando (2) Apenas uma vez (1)	
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).							
07	Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?						
	Nunca	Raramente	Uma vez/semana	Duas ou três vezes/semana	Diariamente	Duas ou três vezes/dia	Cinco vezes/dia
			a	a			
	Comprimidos para emagrecer Diuréticos Laxantes Provoca vômitos						
08	Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida?					() SIM	() NÃO
09	Você diria que a comida “domina” a sua vida?					() SIM	() NÃO
10	De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?					() SIM	() NÃO
11	Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida?					() SIM	() NÃO
12	Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?					() SIM	() NÃO
13	Você sempre consegue parar de comer quando quer?					() SIM	() NÃO
14	Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?					() SIM	() NÃO
15	Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?					() SIM	() NÃO
16	A idéia de ficar gordo(a) apavora ?					() SIM	() NÃO
17	Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?					() SIM	() NÃO
18	Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?					() SIM	() NÃO
19	O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?					() SIM	() NÃO
20	Você busca na comida um conforto emocional?					() SIM	() NÃO
21	Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?					() SIM	() NÃO
22	Você engana os outros sobre o quanto come?					() SIM	() NÃO
23	A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?					() SIM	() NÃO
24	Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? <i>(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25)</i>					() SIM	() NÃO
25	Esse episódio o deixou deprimido?					() SIM	() NÃO
26	Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?					() SIM	() NÃO
27	Com que frequência esses episódios acontecem?					Quase nunca (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Duas ou três vezes por semana (4) Diariamente (5) Duas ou três vezes por dia (6)	
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (____).							
28	Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?					() SIM	() NÃO

- | | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 29 | Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 30 | Você, de vez em quando, come escondido? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 31 | Você consideraria seus hábitos alimentares normais? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 32 | Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| 33 | Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana? | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Avaliação de resultados

1. Escala de gravidade:

1.1. Itens 6, 7, 27 = maior que 5 _ significativo
maior ou igual a 10 _ grande intensidade

2. Escala de sintomas

2.1. Itens 1, 13, 21, 23, 31 _ pontua-se não

2.2. Outros itens _ pontua-se sim

2.3. Total:

2.3.1. Máximo escore = 30

2.3.2. Maior ou igual a 20 _ escore elevado, presença de comportamento alimentar compulsivo, grande possibilidade de bulimia.

2.3.3. Entre 10 e 19 _ escore médio, sugere padrão alimentar não usual, mas não estão presentes.

ANEXO L - BSQ - *Body Shape Questionnaire* – Versão para adolescentes

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas, usando a seguinte legenda:

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Frequentemente 5. Muito frequentemente 6. Sempre

1. Sentir-se entediado (a) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Já lhe ocorreu que suas coxas, seus quadris e suas nádegas são grandes demais para o restante do corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
5. Você anda preocupado (a) achando que seu corpo não é firme o suficiente?	1	2	3	4	5	6
6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você deixou de correr por achar que seu corpo iria balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que o seu faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gordo(a) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades?	1	2	3	4	5	6
14. Ao estar nu(nua), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gordo (a)?	1	2	3	4	5	6
18. Você já deixou de participar de eventos sociais (p. ex. festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente muito grande e arredondado (a)?	1	2	3	4	5	6
20. Você sente vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação com sua forma física leva-o (a) a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (p. ex., pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acredita que sua forma física se deve à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magro (a)?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhado (a), você fica preocupado (a) em estar ocupando muito espaço (p. ex., sentado (a) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio (a) de “dobras” ou “banhas”?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (p. ex., num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você se sentir mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais outras pessoas possam ver seu corpo (p. ex., vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magro (a)?	1	2	3	4	5	6

33. Você fica mais preocupado (a) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

ANEXO M – Carta de Anuência do Estudo Piloto**Carta de Anuência**

Declaro para devidos fins que concordo que a pesquisa intitulada “Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal em jovens recifenses”, de autoria de Tatiana Araújo Bertulino da Silva e do prof. Dr. Everton Botelho Sougey e a prof. Dra. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, seja desenvolvida nessa instituição, dentro do Projeto Santo Amaro, em conformidade com o que estabelece a resolução CNS nº196/96 em todas as fases sem implicar qualquer despesa para a instituição ESEF/UPE, onde será realizada.

Recife, 08 de setembro de 2010.


Vera Lúcia Samico Rocha
Diretora

ANEXO N – Regras do periódico *International Journal of Eating Disorders*,

[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1098-108X/homepage/ForAuthors.html#prep](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1098-108X/homepage/ForAuthors.html#prep)

Author Guidelines

Preparation of Manuscript

Number all pages of the manuscript except the figures (including title page and abstract) consecutively. Parts of the manuscripts should be arranged in the following sequence:

(1) Title page. (numbered 1) should include the full names, titles, and affiliations of all authors, and an abbreviated title (Running Head) that should not exceed 50 characters, counting letters, spacing, and punctuation. This Running Head should be typed in upper case letters centered at the bottom of the title page. Each page of the manuscript (excluding figures) should be identified by typing the first two or three words of the full title in the upper right-hand corner above the page number.

(2) Abstract. (150-word maximum) should be started on a separate page, numbered 2. Type the word "Abstract" in upper and lower case letters, centered at the top of page 2. Authors of articles submitted to the Journal involving research data or reviews of the literature must now include the following information in the form of a structured abstract, under the headings indicated. The abstract should be typed as a single paragraph on one page: **Objective:** briefly indicate the primary purpose of the article, or major question addressed in the study. **Method:** indicate the sources of data, give brief overview of methodology, or, if review article, how the literature was searched and articles selected for discussion. For research based articles, this section should briefly note study design, how subjects were selected, and major outcome measures. **Results:** summarize the major or key findings. **Discussion:** indicate main clinical, theoretical, or research applications/implications. The *Journal* will continue to use unstructured abstracts for case reports.

(3) Text. Begin the text on page 3 and be sure to identify each page with the short title typed in the upper right-hand corner above the page number. Type the full title of the manuscript centered at the top, and then begin the text. The full title appears on page 3 only. Indent all paragraphs. While there is no maximum length for article submissions it is advisable that research be conveyed as concisely as possible.

(4) References. Begin on separate page, with the word "References" typed in upper and lower case letters, centered at the top of the page.

(5) Appendixes. Typed each appendix on a separate page labeled "Appendix A, B", etc., in the order in which they are mentioned in the text.

(6) Footnotes. Start on separate page.

(7) Tables. Tables should be double-spaced, including all headings, and should have a descriptive title. If a table extends to another page, so should all titles and headings. Each table should be numbered sequentially in Arabic numerals and begin on a new page. Be sure to explain abbreviations in tables even if they have already been explained in-text. Consider the tables and figures to be self-contained and independent of the text. They should be interpretable as stand-alone entities.

(8) Figure captions. Start on separate page. Each figure caption should have a brief title that describes the entire figure without citing specific panels, followed by a description of each panel. Figure captions should be included in the submitted manuscript as a separate section. Be sure to explain abbreviations in figures even if they have already been explained in-text. Consider the tables and figures to be self-contained and independent of the text. They should be interpretable as stand-alone entities. Axes for figures must be labeled with appropriate units of measurement and description.

Manuscript Form and Presentation

All manuscripts are subject to copyediting, although it is the primary responsibility of the authors to proofread thoroughly and insure correct spelling and punctuation, completeness and accuracy of references, clarity of expression, thoughtful construction of sentences, and legible appearance prior to the manuscript's submission. Preferred spelling follows *Webster's New Collegiate Dictionary* or *Webster's Third New International Dictionary*. The manuscript should conform to accepted English usage and syntax.

Microsoft Word is the preferred format for the creation of your text and tables (one file with tables on separate pages at the end of your text). Refrain from complex formatting; the Publisher will style your manuscript according to the Journal design specifications. Do not use desktop publishing software such as Aldus PageMaker or Quark XPress.

Use headings to indicate the manuscript's general organization. Do not use a heading for the introduction. In general, manuscripts will contain one of several levels of headings. Centered upper case headings are reserved for Methods, Results, and Discussion sections of the manuscript. Subordinate headings (e.g., the Subjects or Procedure subsection of Methods) are typed flush left, underlined, in upper case and lower case letters. The text begins a new paragraph.

Presenting statistical data in text: For additional detail regarding statistical requirements for the manuscript see [IJED Statistical Formatting Requirements](#). For more detailed background information on statistical analyses and their rationale authors are referred to [IJED Statistical Reporting Guidelines](#).

Referencing in the text. Wiley's Journal Styles Are Now in EndNote ([Wiley's Journal Styles and EndNote](#)). EndNote is a software product that we recommend to our journal authors to

help simplify and streamline the research process. Using EndNote's bibliographic management tools, you can search bibliographic databases, build and organize your reference collection, and then instantly output your bibliography in any Wiley journal style. If you already use EndNote, you can [download the reference style](#) for this journal. To learn more about EndNote, or to purchase your own copy, [click here](#). If you need assistance using EndNote, contact endnote@isiresearchsoft.com, or visit www.endnote.com/support

Referencing follows the Vancouver method of reference citation. In this system, references are numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify each reference in text, tables, and legends by Arabic numbers. All references cited should be listed numerically at the end of the paper. Prepare citations according to the style used in Index Medicus and the International list of periodical title word abbreviations (ISO 833).

All reference citations in the text should appear in the reference list. When there are less than seven authors, each must be listed in the citation. When seven or more authors, list the first six followed by et al. after the name of the sixth author. Representative examples are as follows:

Journal Article: 1. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:837-844.

Book Chapter: 2. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorders examination (12th ed). In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: The Guilford Press, 1993, p. 317-331.

Book: 3. Tudor I. *Learner-centeredness as language education*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

Preparation of figures. To ensure the highest quality print production, your figures must be submitted in TIFF format according to the following minimum resolutions:

- 1200 dpi (dots per inch) for black and white line art (simple bar graphs, charts, etc.)
- 300 dpi for halftones (black and white photographs)
- 600 dpi for combination halftones (photographs that also contain line art such as labeling or thin lines)

Vector-based figures (usually created in Adobe Illustrator) should be submitted as EPS. Do not submit figures in the following formats: JPEG, GIF, Word, Excel, Lotus 1-2-3, PowerPoint, PDF.

Graphs must show an appropriate grid scale. Each axis must be labeled with both the quantity measured and the unit of measurement. Color figures must be submitted in a CMYK colorspace. Do not submit files as RGB. All color figures will be reproduced in full color in the online edition of the journal at no cost to authors. Authors are requested to pay the cost of reproducing color figures in print. Authors are encouraged to submit color illustrations that

highlight the text and convey essential scientific information. For best reproduction, bright, clear colors should be used.

Supplementary materials. Supplementary materials will be made available to readers as a link to the corresponding articles on the journal's website.

PROPOSED ADDITIONAL GUIDELINES FOR COPYEDITING OF MANUSCRIPTS FOR INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS

The *Journal* Editor and Associate Editors propose additional guidelines for manuscript copyediting in order to enhance consistency in the organization of printed material, and to bring *IJED* style in line with other major scientific publications. The key elements follow.

1. Each structured abstract should consistently use these subheadings (at present, the headings vary somewhat from article to article): Objective, Method, Results, Discussion.
2. Many of our Authors use terms such as “anorexics” or “bulimics” as personal pronouns, referring to groups of individuals by their common diagnosis. Henceforth, these terms should be replaced with more neutral language, as for example: “individuals with anorexia nervosa”, “patients with bulimia nervosa”, or “participants with eating disorders”.
3. In the Methods section, the subheading “Subjects” should now be replaced with the subheading “Participants”, and this term should be used in place of “subjects” throughout the text.
4. Standard rules will continue to govern the use of capitalization in Headings and Subheadings. However, when a minor word in a Heading or Subheading actually has special or unique meaning, the rule should be overridden.
5. When referring to gender, “males and “females” should be used in cases where the study samples include both children (below age 18) and adults; when the participants comprise adults only, the terms “men” and “women” should be used. In articles that refer to children (i.e., below the age of 13), “boys” and “girls” should be used.
6. In articles that refer to genetic material, the names of genes should be spelled out in full the first time they appear in the text, after which an italicized abbreviation can be substituted.
7. The word “data” is plural so text should follow accordingly; for example, “The data show...the data are ... the data were”.
8. When an article references another article that appears in the very same issue of the *Journal*, (such occurrences are most likely in Special Issues), the citation will be updated by the copyeditor (i.e., volume number and pagination will be substituted for “in press”).

9. For information on how to present p values and other standard measurements see [IJED Statistical Formatting Requirements](#).

10. The Methods section should include a statement that the research was reviewed and approved by an institutional review board.

ANEXO O – Regras do periódico *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*

Estrutura Geral do Manuscrito

O arquivo deve ser produzido em Word, em Arial, tamanho 12. As abreviações deverão ser evitadas, entretanto abreviações oficiais poderão ser utilizadas, com a primeira menção no texto completa, seguida da sua forma abreviada entre parênteses. Os nomes de medicamentos deverão ser mencionados pela sua denominação química. Todas as páginas devem estar numeradas, indicando-se na primeira a contagem do número total de palavras presentes no corpo do texto (excluindo-se resumo e palavras-chave, abstract, referências, figuras e ilustrações).

A primeira página (folha de rosto) deve conter o título em português e em inglês e o título resumido com até 50 caracteres incluindo letras, espaços e pontuações.

A segunda página deve conter o RESUMO do trabalho em português. O resumo deve ser informativo, dando uma descrição clara e concisa do conteúdo do artigo, e não deve exceder o limite de 200 palavras. Nos artigos originais, nas comunicações breves e nas revisões, os resumos devem ser estruturados contendo quatro tópicos: Objetivo(s), Métodos (e não metodologia), Resultados e Conclusões. As palavras-chave deverão estar logo após o resumo, devendo ter um número máximo de 4, e refletir o conteúdo do assunto. Recomenda-se o uso de termos da lista denominada Medical Subject Headings, do Index Medicus, ou da lista de Descritores de Ciências da Saúde, publicada pela BIREME, para trabalhos em português.

A terceira página deve conter o título, o resumo do trabalho (Abstract) e as palavras-chave em inglês (keywords), que devem ser idênticos às suas versões em português. Os editores recomendam atenção especial a linguagem no abstract. Artigos poderão ser recusados com base na qualidade do inglês.

A partir da quarta página, deve-se iniciar o corpo do texto que, nos artigos originais e nas comunicações breves, deve conter as seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. Os autores não devem incluir Resultados e Discussão em uma mesma sessão.

Introdução – Deve conter uma revisão sucinta da literatura diretamente relacionada com o tema, assim como o objetivo do estudo.

Métodos – Devem descrever o modelo do estudo e os detalhes dos métodos que permitam sua replicação por outros autores.

Resultados – Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e concisa, com o eventual auxílio de tabelas e ilustrações.

Discussão – Deve se limitar a ressaltar os achados obtidos, destacar as semelhanças ou diferenças com os achados obtidos por outros autores, ressaltar as implicações dos achados, suas limitações e perspectivas futuras.

Conclusões – Devem especificar, preferencialmente em um parágrafo curto, apenas as conclusões que os dados do estudo permitem sustentar, com seu significado clínico (evitando generalizações excessivas).

As tabelas e os gráficos devem ser numerados em algarismos arábicos e preparados em folhas separadas, com as respectivas legendas. Cada tabela deve conter um título descritivo e uma legenda (se necessário). As tabelas devem ser auto-explicativas e não repetir as informações já contidas no texto. Não serão aceitos gráficos do tipo histograma em estudos meramente descritivos. Os locais sugeridos para a inserção deverão ser indicados no texto, com destaque.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, em formato tif ou.jpg. A impressão de fotos em cores será cobrada do autor. Os Agradecimentos deverão incluir nomes de participantes que contribuíram intelectual ou tecnicamente em alguma fase do estudo, mas que não são classificados como autores: agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc. devem aparecer antes das Referências.

Referências

As referências devem seguir o padrão estilo de Vancouver (consultar: "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication"

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ser numeradas no manuscrito e listadas no final na mesma ordem em que foi utilizada. Todas as citações do texto devem constar, de forma correta, na bibliografia.

Artigos

- Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.
- Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livro

• Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulo de Livro

• Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. Social phobia – Diagnosis Assessment and Treatment. The

Guilford Press, p. 261-309, New York, 1995.

Artigos aceitos para publicação (in press) podem ser incluídos na bibliografia, mas o nome do periódico deve aparecer e, se possível, o volume e o ano devem ser indicados. Referências a materiais não publicados devem ser citadas entre parênteses no texto, mas não na bibliografia. Resumos (Abstracts) podem ser citados somente quando contiverem informações substanciais e não publicadas em outras fontes. Sua natureza deve ser citada na bibliografia, com o termo adicional (Resumo) no final da referência.

Por exemplo: Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da Moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos

Alimentares. http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf. Acessado em 12 de abril de 2007

ANEXO P – Instruções aos autores do Periódico Arquivos Brasileiros de Psicologia

ASPECTOS A RESPEITAR NO TEXTO SUBMETIDO

Os manuscritos poderão ser escritos em português, espanhol, francês ou inglês e conter resumos em português, inglês e espanhol; no caso de trabalhos em francês, incluirão igualmente resumo nessa língua. Os textos deverão respeitar as normas editoriais estabelecidas por este periódico, adaptadas da 5ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA), de 2001 (www.apastyle.org):

- Formato Microsoft Word 97/2000/XP (.doc) ou OpenOffice.org 1.0 Text Document (.sxw);
- Extensão: 16.800 caracteres a 50.000 caracteres com espaços, de acordo com a categoria do artigo;
- Fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento entrelinhas de 1,5, margem mínima de 2,0 em todos os lados, justificado;
- Tabelas, gráficos e imagens (em formato JPEG) devem constar no corpo do texto, logo abaixo da referência feita (ex: de acordo com a Tabela 1 podemos afirmar que ...), não excedendo o limite máximo de 1Mb por imagem.
- No arquivo de texto, a primeira página deve apresentar a seguinte sequência: título em português, resumo, palavras-chave, título em inglês, abstract, keywords, título em espanhol, resumen e palabras clave. Em uma nova página, o texto a ser avaliado.
- Título em português em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em inglês em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em espanhol em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta);
- Resumo em português (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em inglês (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em espanhol (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Palavras - chave em português: de três a cinco separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta; Palavras - chave em inglês (Keywords): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada

palavra deve estar em caixa alta; Palavras-chave em espanhol (Palabras clave): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta;

- Preenchimento obrigatório e completo dos metadados da submissão, em português, inglês e espanhol. Para selecionar o metadados em inglês e espanhol, clicar o idioma escolhido no canto superior direito da página de **Arquivos Brasileiros de Psicologia**.
- Os tópicos, no corpo do texto, devem vir sempre em negrito e os subtópicos sem negrito. Em ambos, apenas a primeira letra deve vir em caixa alta (maiúscula). Não deverá haver nenhum tipo de numeração/marcação para os tópicos e subtópicos.
- Indicar obrigatoriamente, nos metadados, “área do conhecimento acadêmico”, palavras-chave e agências de financiamento, se houver.
- No corpo do texto, o itálico deve ser usado apenas para palavras estrangeiras e o negrito para destaque de palavras e títulos de livros, artigos ou textos citados.

Notas (se houver)

Por se tratar de uma revista eletrônica, o recurso nota de rodapé do Word só deve ser utilizado em casos relevantes que não caibam na sequência lógica do texto. Serão arroladas em rodapé, numeradas.

Citações

As **remissões bibliográficas** sem a citação literal devem ser incorporadas ao texto, entre parênteses, seguindo o padrão:

- até dois autores, sobrenome(s) e ano de publicação em todas as citações;

Ex: Dor (1991) ou Ansermet e Borie (2007), (Dor, 1991, p. 35) ou (Dor, 1991, pp.35-37) ou (Ansermet & Borie, 2007, p. 154).

- de três a cinco autores, o sobrenome dos autores é citado na primeira inserção e, da segunda vez em diante, somente o do primeiro autor seguido de "et al." e ano de publicação;

Ex: 1ª citação

Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto e Bonadio (2004)

(Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto, & Bonadio, 2004)

Citações subsequentes

Alves Filho et al. (2004) (Alves Filho et al., 2004)

Nas referências: Alves Filho, A. G., Cerra, A. L., Maia, J. L., Sacomano Neto, M., & Bonadio, P.V. G. (2004). Pressupostos do gerenciamento da cadeia de suprimentos: evidências de estudos sobre a indústria automobilística. *Gestão & Produção*, 11(3), 275-288.

Ex: Costa et al. (2000)

No caso de **citação literal**, o trecho deve aparecer entre aspas, com indicação, logo após a citação, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras devem ser colocados em bloco separado, sem aspas, nem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

Referências

Indicar as que constam no texto e somente estas.

As **Referências** deverão ser relacionadas alfabeticamente, imediatamente após o final do texto, pelos últimos sobrenomes dos autores e cronologicamente por autor, conforme normas da 5ª edição do Publication Manual da American Psychological Association (APA), de 2001.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data: acrescentar uma letra minúscula após a data da obra consultada. Ex: (Freud, 1905/1996a), (Freud, 1908/1996b) ou Rogers (1973a), Rogers (1973b).

-Livros e obras tomados na íntegra:

Baudrillard, J. (2002). *A troca impossível*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Moura, M. L. S., & Correa, J. (1997). *Estudo psicológico do pensamento: de W. Wundt a uma Ciência da Cognição*. Rio de Janeiro: EDERJ.

Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Pasquali, L. (Org.). (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LapPam/IBAPP.

-Capítulos de coletâneas:

Frigotto, G. (1998). A educação e a formação técnico-profissional frente à globalização excludente e o desemprego estrutural. In L. H. Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 218-238). Petrópolis: Vozes.

Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Orgs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

-Artigos em periódicos científicos:

Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, 3, 123-130.

Andriola, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12, 419-428.

-Artigo de revista científica paginado por fascículo:

proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo, entre parênteses, imediatamente após o número do volume.

-Obra antiga e reeditada em data posterior:

Primeiramente o ano de publicação original, seguido pelo ano da publicação consultada. Ex: Freud (1905/1996).

-Nas referências:

Freud, S. (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Piaget, J. (1973). *A linguagem e o pensamento da criança* (3a ed., M. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. (Originalmente publicado em 1956)

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Piaget (1956/1973).

-Teses ou dissertações não publicadas:

Cusatis Neto, R. (2007). Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 180pp.

-Autoria institucional:

American Psychological Association. (2001). *Publication manual* (5a ed.). Washington: Autor.

-Citações secundárias:

Quando for **absolutamente inevitável**, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar na seção de Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores e datas dos dois textos, conforme o exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)".

-Material obtido da internet:

Associação de Moradores de Vila Real (2002). *Carta aberta à Prefeitura Municipal*. Disponível em <http://www.amvr.atas/cartaaberta.html>. Acesso em 25 de agosto de 2004.

Precisamos vencer a dengue agora (s/d). Disponível em <http://www.ansp.campanhas/saude/docs/>. Acesso em 12 de junho de 2005.

Candiotto, C. (2007). *Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault*. *Kriterion*, 48(115). Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 de janeiro de 2008, doi: 10.1590/S0100-512X 2007000100012.

Instituto Nacional de Câncer. (2003b). *Câncer no Brasil: dados dos registros de populacional*. Disponível em <http://www.inca.gov.br/regpop>. Acesso em 22 de fevereiro 2006.

VandenBos, G., Knapp, S. e Doe, J. (2001). Role of reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates [Versão electrónica]. *Journal of Bibliographic Research*, 5: 117-123. Disponível em <http://jbr.org/articles.html>. Acesso em 13 de Outubro de 2001.

ANEXO Q - Carta de Anuência da Dissertação



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 077/2011 - CEP/CCS

Recife, 18 de março de 2011

Registro do SISNEP FR – 400443
CAAE – 0019.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE N.º 036/11
Título: **Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal em jovens recifenses.**
Pesquisador Responsável: Tatiana Araujo Bertulino da Silva

Senhor(a) Pesquisador(a):

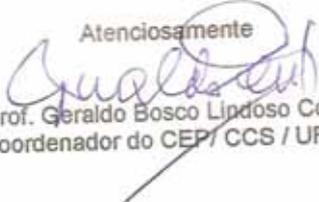
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 17 de março de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A
Mestranda Tatiana Araujo Bertulino da Silva
Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

ANEXO R – Cartas de Anuências Gerência Regional de Educação GRE Norte



AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a aluna de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, **TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA** a desenvolver uma pesquisa intitulada “PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E INSATISFAÇÃO CORPORAL EM ADOLESCENTES” em jovens na faixa etária de 10 a 19anos na Escola Padre Nécio Rodrigues.

Recife, 21 de outubro de 2010


 Angela de Moraes Silva

Unidade de Desenvolvimento de Ensino-UDE

GRE Recife Norte

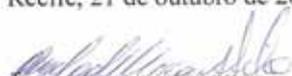
Angela de Moraes Silva
 Matrícula N° 270941-4
 Chefe Unidade Desenvolvimento
 de Ensino - UDE



AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a aluna de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, **TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA** a desenvolver uma pesquisa intitulada "PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E INSATISFAÇÃO CORPORAL EM ADOLESCENTES" em jovens na faixa etária de 10 a 19anos na Escola Tomé Gibson.

Recife, 21 de outubro de 2010


Angela de Moraes Silva

Unidade de Desenvolvimento de Ensino-UDE

GRE Recife Norte

Angela de Moraes Silva
Matrícula Nº 270941-4
Chefe Unidade Desenvolvimento
de Ensino - UDE



AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a aluna de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, **TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA** a desenvolver uma pesquisa intitulada "PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E INSATISFAÇÃO CORPORAL EM ADOLESCENTES" em jovens na faixa etária de 10 a 19anos na Escola João Barbalho.

Recife, 21 de outubro de 2010


Angela de Moraes Silva

Unidade de Desenvolvimento de Ensino-UDE

GRE Recife Norte

Angela de Moraes Silva
Matrícula Nº 270941-4
Chefe Unidade Desenvolvimento
de Ensino - UDE



AUTORIZAÇÃO

Apresentamos a aluna da UFPE – TATIANA ARAÚJO BERTULINO DA SILVA, que está autorizada a realizar uma pesquisa, intitulada " Prevalência de Sintomas de Transtornos Alimentares e Insatisfação Corporal em Jovens.", no período de agosto a novembro/2011, com aplicação da Avaliação do Ambiente Escolar nas escolas relacionadas.

- Escola Dom Bosco -fone: 3181-2738/39
- Escola Dom Vital – fone: 3181-4099/98
- Escola José Vilela –fone: 3181-2819 / 32683110
- Escola José Maria- fone: 3181-2845 / 46
- Escola Lions Parnamirim – fone: 3181-2916 /17 e 32683077
- Escola Rotary Nova Descoberta – 3181-4827 / 28
- Escola Irmã Magna – 3269-2435
- Escola Comandante Luiz Gomes – 3181-4813 / 14 / 3442-9712

Recife, 17 de junho de 2011.


Angela de Moraes Silva

**Chefe Unidade de Desenvolvimento de Ensino
GRE Recife Norte**

Angela de Moraes Silva
Município Nº 270841-4
Chefe Unidade Desenvolvimento
de Ensino - UDE

GERÊNCIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO RECIFE NORTE
Unidade de Desenvolvimento do Ensino
Rua Coelho Leite, 80 – Santo Amaro – Recife – PE – CEP 50100-140
FONES: (081) 3181.2608 / 3181.2609 / 3181.2610 FAX (081) 3181.2617

ANEXO S - Carta De Anuência Gerência Regional De Educação GRE Sul**GRE RECIFE SUL****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins que concordamos com a realização da pesquisa intitulada " **Prevalência de Sintomas de Transtornos Alimentares e Insatisfação Corporal em Jovens Recifenses**", de autoria de **Tatiana Araújo Bertulino da Silva** e do professor Dr. Everton Botelho Sougey e a professora Dra. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, seja desenvolvida nas escolas jurisdicionadas a esta Gerência Regional, em conformidade com o que estabelece a resolução CNS nº 196/96 em todas as fases sem implicar qualquer despesa para as Unidades Escolares onde será realizada.

Recife, 13 de janeiro de 2011.


Marta Maria de Lira
Gestora Regional

Marta Maria de Lira
GRE Recife Sul
Chefe Unid. Gestão de Rede
Mat 164408-4