

Associação entre comportamento alimentar, consumo de cigarro, drogas e episódios depressivos em adolescentes

Association between eating behavior and smoking, use of illicit drugs and depressive episodes in adolescents

Juliany Piazzon GOMES¹

Elto LEGNANI²

Rosimeide Francisco dos Santos LEGNANI³

Nicolly Patrícia GREGÓRIO⁴

Raphael Klein de SOUZA²

RESUMO

Objetivo

Identificar a prevalência de sintomas de transtornos alimentares em estudantes do sexo feminino matriculadas no ensino fundamental da rede estadual do município de Toledo (PR), bem como relacionar esses sintomas com o hábito de fumar, o uso de drogas e episódios depressivos.

Métodos

Foram utilizados os instrumentos Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo, com escala de sintoma e gravidade, e o *Eating Attitudes Test-26*, acrescido de perguntas sobre tabagismo, uso de drogas e episódios depressivos. A amostra constituiu-se de cerca de 300 estudantes do sexo feminino, na faixa etária entre 10 e 15 anos.

Resultados

Os resultados demonstraram que as estudantes apresentaram prevalências de sintomas de transtornos alimentares na ordem de 4,2% para a escala Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo e 3,6% para o *Eating Attitudes Test-26*. A prevalência de consumo de cigarro foi de 4,2%, do uso de drogas, 4,9% e de episódios depressivos, 10,7%. Observaram-se associações significativas entre episódios depressivos e os seguintes

¹ Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Campus Londrina, Av. dos Pioneiros, 3131, 86036-370, Londrina, PR, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J. PIAZZON-GOMES. E-mail: <jugomes@utfpr.edu.br>.

² Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Toledo, PR, Brasil.

³ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esporte. Londrina, PR, Brasil.

⁴ Universidade Paranaense, Curso de Nutrição. Paraná, PR, Brasil.

parâmetros: Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo - escala de sintomas ($p=0,04$) e Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo - escala de gravidade ($p=0,02$). Os hábitos de fumar ($p=0,01$) e de usar drogas ($p=0,04$) também apresentaram associação com Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo - escala de sintomas.

Conclusão

Verificou-se nas estudantes deste estudo elevada probabilidade de desenvolver comportamentos de risco, tais como transtornos alimentares e episódios depressivos.

Termos de indexação: Adolescente. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Transtornos alimentares.

ABSTRACT

Objective

The goal of this study was to identify the prevalence of symptoms of eating disorders in female students enrolled in state elementary schools and investigate a possible association between these eating disorders and smoking, illicit drug use and depressive episodes.

Methods

The Bulimic Investigatory Test of Edinburgh with symptom and severity scales and the Eating Attitudes Test - 26 with additional questions on smoking, illicit drug use and depressive episodes were used. The sample consisted of roughly 300 female students aged 10 to 15 years.

Results

The results showed that 4.2% and 3.6% of the students presented symptoms of eating disorders according to the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh and Eating Attitudes Test - 26, respectively. The rates of smoking, illicit drug use and depressive episodes were 4.2%, 4.9% and 10.7%, respectively. Depressive episodes were significantly associated with the following parameters: Bulimic Investigatory Test of Edinburgh - symptom scale ($p=0.04$) and Bulimic Investigatory Test of Edinburgh - severity scale ($p=0.02$). Smoking ($p=0.01$) and illicit drug use ($p=0.04$) were also associated with the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh - symptom scale.

Conclusion

This study found that these students were at high risk of developing risky behaviors, such as eating disorders and depressive episodes.

Indexing terms: Adolescent. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Eating disorders.

INTRODUÇÃO

Os adolescentes têm como característica comportamental a contestação, que os torna vulneráveis, volúveis, seguidores de líderes, grupos e modas, desenvolvendo preocupações ligadas ao corpo e à aparência¹. Meninas que apresentam ou estão em risco de apresentar desordens alimentares exibem problemas específicos, como insatisfação com a imagem corporal e atitudes inadequadas em relação à comida: restrição a alimentos ou seu consumo excessivo em episódios delimitados (*binge eating*) e comportamentos compensatórios por comer em excesso².

O medo obsessivo da obesidade faz com que cada vez mais mulheres controlem o peso

corporal com o uso de dietas milagrosas, exercícios exagerados, laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas. O gênero feminino, geralmente, é o mais vulnerável às pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos e, por isso, é mais suscetível aos transtornos alimentares, representando 95% dos casos. As formas mais descritas na literatura são: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar periódica³.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) 307.51⁴ e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) F50.2⁵ (Quadro 1) classificam a bulimia nervosa e a anorexia nervosa separadamente, apesar de os transtornos estarem relacionados intimamente e

apresentarem como psicopatologia a ideia prevalente relacionada a uma preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, que lança o sujeito a procurar dietas restritivas ou procurar métodos inapropriados para alcançarem o “corpo perfeito”. Esses indivíduos tendem a julgar a si mesmo com base em sua aparência física, e normalmente a percepção da própria aparência física não lhes agrada. Concretamente, o DSM-IV⁴ assinala a prevalência da anorexia nervosa na população adolescente e juvenil feminina entre 0,5 e 1%, e a da bulimia nervosa entre 1% e 3%⁴.

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa, sendo transtornos de origem multifatorial, necessitam de avaliações e abordagens que contemplem os vários aspectos envolvidos em sua gênese e manutenção. Assim, a aplicação de instrumentos que avaliem as comorbidades (especialmente sintomas depressivos e ansiosos), a imagem corporal, a qualidade de vida e adequação social, além daqueles utilizados para o rastreamento ou diagnóstico do transtorno em si, será de grande utilidade para uma melhor compreensão do quadro clínico e para a elaboração de estratégias de tratamento mais adequadas, que poderão melhorar os indicadores de sucesso terapêutico⁶.

O *Eating Attitudes Test* (EAT) é utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia. O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente⁷. O *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) foi desenvolvido para o rastreamento e a avaliação da gravidade da bulimia e apresentou propriedades psicométricas adequadas no estudo original⁷.

Esta investigação tem como objetivo estimar a prevalência de comportamentos sugestivos de anorexia e bulimia nervosa segundo o EAT-26 e o BITE e relacionar esses transtornos alimentares com o hábito de fumar, usar drogas e episódios depressivos nas estudantes do ensino fundamental do município de Toledo (PR).

MÉTODOS

Por meio do método de seleção amostral por conglomerados, selecionou-se uma amostra representativa de cerca de 300 adolescentes do sexo feminino, com idades de 10 a 15 anos, matriculadas no ensino fundamental e frequentes em escolas da rede estadual de ensino da cidade de Toledo (PR).

Quadro 1. Comportamento alimentar e depressão. Toledo (PR), 2007.

F50.2 - Anorexia nervosa
(a) Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.
(b) O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos autoinduzidos; abuso de purgantes; períodos alternados de inanição; uso de anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.
(c) A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré-mórbido, que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há frequentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de anorexia nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma ‘disfarçada’ menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorreia.
307.51 - Bulimia nervosa
(a) Crises bulímicas recorrentes.
(b) Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como indução de vômitos e outros.
(c) A crise bulímica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
(d) A auto-imagem é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo.
(e) O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de março e maio de 2007. Um dia antes da aplicação do questionário, foram distribuídos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os pais das alunas autorizassem a coleta de dados. No dia seguinte, os pesquisadores apresentaram-se ao professor presente na sala de aula sorteada. Após breve explicação sobre o trabalho, a participante respondeu ao questionário individualmente, não necessitando de identificação pessoal. O tempo médio de preenchimento foi de 30 minutos.

Os questionários para investigar comportamentos bulímicos BITE e de anorexia nervosa (EAT-26) baseiam-se em perguntas pertencentes às escalas validadas mais utilizadas nos estudos sobre transtornos alimentares, em suas respectivas versões em língua portuguesa, sendo elas:

a) Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)⁸ - tradução de Cordás & Hochgraf⁹, que permite identificar comedores compulsivos e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia nervosa.

b) Teste de Atitudes Alimentares resumido (EAT-26)¹⁰ - tradução de Nunes *et al.*¹¹, que avalia os riscos de se desenvolverem comportamento e atitudes típicos de pacientes com anorexia nervosa.

Além de tais escalas, foram aplicadas, anexas ao questionário, perguntas sobre tabagismo, uso de drogas (álcool e outras) e episódios depressivos. O objetivo da aplicação de tais perguntas foi conseguir uma melhor caracterização da amostra por meio dos dados adicionais a fim de relacioná-los com a prevalência de comportamento alimentar sugestivo de anorexia e bulimia nervosa na amostra.

O resultado do BITE foi obtido pela escala de sintomas (BITE - escala de sintomas) e pela escala de gravidade (BITE - escala de gravidade), que mede a gravidade do comportamento compulsivo pela frequência. A classificação das alunas, segundo o BITE, foi realizada de acordo com os seguintes critérios:

Escala de sintomas: 1) Escore maior ou igual a 20: presença de comportamento alimentar compulsivo com grande possibilidade de preencher critérios diagnósticos para bulimia pelo DSM-III-R (4), 2) Escore entre 10 e 19: sugestivo de padrão alimentar não usual. Em geral, não estão presentes todos os critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista clínica. Escores de 15 a 19 devem ser obrigatoriamente seguidos de entrevista. Podem representar um grupo subclínico de indivíduos com alimentação compulsiva, bulímicos em estágio inicial ou bulímicos em recuperação, 3) Escore abaixo de 10: normalidade.

Escala de gravidade: 1) Escore maior ou igual a 10: indica alto grau de gravidade, 2) Escore maior que 5: indica estado clínico comprometido.

Escore clinicamente significativos devem ser seguidos de entrevista diagnóstica.

A classificação das alunas segundo o EAT-26 foi: 1) Escore maior ou igual a 20: alto risco, 2) Escore de 10 a 19: baixo risco, 3) Escore de 0 a 9: fora de risco. Foi atribuído valor positivo (EAT+) para EAT >20 e valor negativo (EAT-) para EAT <20.

Os dados foram digitados no programa epidata 2.0¹², realizando-se uma conferência manual de 10% dos questionários digitados para a verificação de possíveis erros de digitação. Em seguida, foram transportados para o pacote estatístico SPSS versão 15.0 *for Windows*¹². As variáveis qualitativas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado (χ^2) e as quantitativas por meio da estatística descritiva (média, desvio-padrão e percentil). Estabeleceu-se um nível de confiança de 95%. Nos casos em que o resultado apresentado não atinge 100%, a diferença é explicada pelas respostas em branco. O projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paranaense por meio do Parecer N° 1013/2007.

RESULTADOS

Com base nos critérios sugeridos pela Organização Mundial da Saúde¹³, as adolescentes

foram classificadas de acordo com seu estado nutricional: baixo peso (<p5), eutróficas ou peso normal (p5 ≥ e <p85), sobrepeso (p85 ≥ - ≤p95) ou obesidade (>p95). Cerca de 5,4% (14) das adolescentes foram classificadas com baixo peso, 82,3% (235), como eutróficas, 10,8% (n=31), com sobrepeso e 5,6% (n=12), com obesidade. As maiores prevalências de baixo peso (7,7%) e obesidade (7,7%) foram observadas na idade de 15 anos; com relação ao sobrepeso (14,4%), as maiores prevalências foram observadas na idade de 14 anos.

Com relação às questões relacionadas ao comportamento alimentar compulsivo do questionário BITE - escala de sintomas, 36,2% (n=109) das adolescentes investigadas relataram comportamento alimentar não usual, e 4,2% comportamento alimentar compulsivo. No entanto, quando avaliadas pelas questões relacionadas à escala de gravidade, BITE - escala de gravidade, 34,2% (n=105) das adolescentes relataram compor-

tamento alimentar comprometido, e 4,2% (n=11), comportamento alimentar de alta gravidade.

Os resultados relacionados à prevalência de comportamentos sugestivos de anorexia (EAT) demonstraram que 34,2% (n=103) das adolescentes foram classificadas como baixo risco, e 3,6% (n=11) apresentaram alto risco para sintomas de anorexia. A prevalência do consumo de fumo por parte das adolescentes foi de 4,2% (n=12) e de drogas, de 4,9% (n=15); já para os episódios depressivos, a prevalência de ocorrência desse sintoma foi de 10,7% (n=32) entre as adolescentes.

Para verificar as possíveis associações entre o consumo de fumo, drogas e episódios depressivos com comportamentos sugestivos de anorexia (EAT) e bulimia (BITE - escala de sintomas e BITE - escala de gravidade), optou-se por dicotomizar os dados das variáveis (Tabela 1).

Não foi observada associação significativa do EAT com nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 1. Associação entre comportamento alimentar inadequado (bulimia e anorexia) e consumo de cigarro, drogas e episódios depressivos. Toledo (PR), 2007.

Eating attitudes test		Normal		Risco		χ^2	p
		%	n	%	n		
Fumo	s	69,2	9	30,8	4	0,688	0,40
	n	78,9	228	21,1	61		
Drogas	s	73,3	11	26,7	4	0,255	0,61
	n	78,8	227	21,2	61		
Episódios depressivos	s	72,7	24	27,3	9	0,722	0,39
	n	79,2	198	20,8	52		
<i>Bite sintomas</i>							
Fumo	s	76,9	10	23,1	3	25,856	0,01
	n	98,6	285	1,4	5		
Drogas	s	86,7	13	13,3	2	8,497	0,04
	n	98,3	283	1,7	5		
Episódios depressivos	s	93,9	31	6,1	2	3,968	0,04
	n	98,8	247	1,2	3		
<i>Bite gravidade</i>							
Fumo	s	84,6	11	15,4	2	2,153	0,14
	n	94,5	273	5,5	16		
Drogas	s	86,7	13	13,3	2	1,544	0,21
	n	94,4	272	5,6	16		
Episódios depressivos	s	84,8	28	15,2	5	4,847	0,02
	n	94,8	237	5,2	13		

Porém, para o BITE - escala de sintomas, observou-se associação significativa com todas as variáveis analisadas: fumo ($\chi^2=25,856$ e $p<0,01$), drogas ($\chi^2=8,497$ e $p<0,04$) e depressão ($\chi^2=3,968$ e $p<0,04$). Para o BITE - escala de gravidade, observou-se associação significativa apenas para a variável episódio depressivo ($\chi^2=4,847$ e $p<0,02$).

DISCUSSÃO

A prevalência de alunas com comportamento alimentar compulsivo com grande possibilidade de preencher critérios diagnósticos para bulimia (4,2%), segundo BITE - escala de sintomas, é semelhante à descrita por Katzman *et al.*¹⁴ e Drewnowski *et al.*¹⁵. Para o BITE gravidade, apenas 3,6% das alunas foram classificadas com gravidade significativa/intensa.

Segundo Oliveira¹⁶, “esses hábitos podem representar o desenvolvimento de síndromes parciais de transtornos do comportamento alimentar, sendo caracterizados como comportamentos alimentares e de risco francamente anormais”. O tema tem sido predominantemente tratado em assuntos da adolescência porque se estima que 50% dos casos de bulimia nervosa ocorram antes dos 18 anos, porém, como o diagnóstico não tem sido fácil nessa faixa etária, tem-se a impressão de sua incidência ser maior acima dessa idade. A média de idade do início da bulimia nervosa foi de 16,3 anos, variando de 13 a 19 anos¹⁷.

A prevalência de alunas com alto risco de desenvolver anorexia nervosa nesta amostra - 3,6% - foi menor do que as obtidas por Souza *et al.*¹⁸ - 5,5% - e Vilela *et al.*³ 13,3% - em estudos com alunas de escolas públicas. Prevalências de sintomas de anorexia nervosa na ordem de 8,8% ou inferiores são consideradas abaixo da média, indicando uma característica positiva da população estudada em relação aos transtornos alimentares (18,3).

As prevalências de consumo de fumo (4,2%) e de drogas (4,9%) nesta amostra foram inferiores às prevalências de tabagismo (12,1%)

encontradas em adolescentes por Malcon, *et al.*¹⁹. Um estudo feito por Tavares *et al.*²⁰ mostrou que as substâncias mais consumidas foram álcool (86,8%), tabaco (41,0%), maconha (13,9%), solventes (11,6%), ansiolíticos (8,0%), anfetamínicos (4,3%) e cocaína (3,2%). Estudos realizados entre escolares de primeiro e segundo grau e entre estudantes universitários mostram, consistentemente, nas diversas regiões do País, que o álcool é a droga mais utilizada, seguido pelo tabaco²⁰.

Os solventes se mantêm como os mais comuns no terceiro mundo, após álcool e tabaco, enquanto nos países desenvolvidos a maconha ocupa o terceiro lugar. Deve-se ressaltar que os dados do presente estudo referem-se à amostra estudada de adolescentes escolares e não podem ser extrapolados para a população geral de adolescentes. Contudo, tendo em vista que quase toda a população passa pela escola em idade e circunstância bastante favoráveis à assimilação de novos hábitos e conhecimentos, essa instituição torna-se um espaço privilegiado para o desenvolvimento de programas preventivos, sendo recomendável o estabelecimento de políticas nesse sentido²⁰.

O aparecimento de episódios depressivos foi relatado por 10,7% da amostra. Em pacientes portadores de bulimia nervosa, a incidência de depressão pode variar de 38 a 63%. Quando se considera a presença de transtornos depressivos em geral, a incidência pode chegar a 83%, dependendo do estudo²¹. A frequência elevada desses transtornos em pacientes bulímicos levou os pesquisadores a investigarem a relação entre os dois transtornos. Apoiando a relação entre bulimia e depressão, estudos mostraram altas taxas de depressão em parentes de primeiro grau de pacientes bulímicas. Assim como na anorexia, a diminuição do apetite, os hábitos alimentares caóticos e as alterações metabólicas (por exemplo, a depleção de triptofano) são os candidatos mais prováveis para justificar a frequente associação entre bulimia nervosa e depressão²¹.

Nesse sentido, os resultados desse estudo corroboram as evidências da literatura, pois o

hábito de fumar e consumir drogas apresentou associação significativa com distúrbios alimentares sugestivos de bulimia, tanto para a escala de sintomas ($p < 0,04$) quanto para a escala de gravidade ($p < 0,02$). Porém, os resultados relacionados ao BITE - escala de sintomas apresentaram associação significativa com o consumo de fumo (0,01) e drogas (0,04),

CONCLUSÃO

De modo geral, as prevalências de prováveis comportamentos alimentares compulsivos (bulimia e anorexia) estão de acordo com os relatos da literatura. Em relação ao consumo de fumo e drogas, pode-se considerar que as prevalências foram baixas, no entanto, em relação à proporção de jovens que relataram episódios depressivos, a prevalência pode ser considerada elevada, uma vez que foram observadas associações significativas entre episódios depressivos e o BITE, para a escala de sintomas e a escala de gravidade.

Dessa forma, pode-se concluir que a amostra de adolescentes investigada no município de Toledo desenvolveu comportamento de risco relacionado à bulimia nervosa e apresenta índices de sintomas do transtorno, como aqueles observados em outras regiões brasileiras. Os resultados alertam para a necessidade de investimentos em programas de educação nutricional no ambiente escolar com o objetivo de promover mudanças nos conceitos de imagem corporal, conscientizar sobre os prejuízos para a saúde dos comportamentos para redução de peso, além de orientar para escolhas alimentares mais saudáveis.

Esses programas precisam ser dinâmicos, com uma abordagem diferenciada para cada grupo e devem inserir tanto os adolescentes como as crianças em idade escolar, além dos pais, professores e demais profissionais envolvidos com o ambiente escolar.

COLABORADORES

J. PIAZZON-GOMES e E. LEGNANI contribuíram para o planejamento, concepção do projeto de pes-

quisa e do artigo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. R.F.S. LEGNANI contribuiu para o planejamento do artigo, na análise dos dados bem como na organização metodológica do mesmo. N.P. GREGÓRIO contribuiu para o planejamento do artigo, na aplicação dos questionários. R.K. SOUZA contribuiu para o planejamento do artigo, no levantamento bibliográfico e revisão da literatura.

REFERÊNCIAS

1. Branco LM, Hilário MOE, Cintra IP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Rev Psiq Clin*. 2006; 33(6): 292-6.
2. Galindo EMC, Carvalho AMP. Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do *Eating Behaviours and Body Image Test* para uso com crianças do sexo feminino. *Rev Nutr*. 2007; 20(1): 47-54. doi: 10.1590/S1415-52732007000100005.
3. Vilela JEM, Lamounier JA, Filho MAD, Barros Neto JR, Horta G.M. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr*. 2004; 80(1):49-54.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.555-65.
5. World Health Organization. CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993 p.173-8.
6. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr*. 2001; 14(3):3-6. doi: 10.1590/S1415-52732001000400001.
7. Eisler I, Szmulker GI. Social class as a confounding variable in the eating attitudes test. *J Psychiatr Res*. 1985; 19(2):171-6.
8. Henderson M, Freeman CPL. A self-rate scale for bulimia: the BRITE. *Br J Psychiatr*. 1987; 150(1): 18-24.
9. Cordás TA, Hochgraf PB. O BITE: instrumento para avaliação de bulimia nervosa - versão para o português. *J Bras Psiq*. 1993; 42(3):141-4.
10. Gross J, Rosen JC, Leitenberg H, Willmuth ME. Validity of the eating attitudes test and the eating disorders inventory in bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*. 1986; 54(1):875-6.
11. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kung A, Ramos D, Silva JA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL*. 1994; 16:7-11.

12. Epidata [acesso 2008 jun]. Disponível em: <<http://www.epidata.dk/>>.
13. Organização Mundial de Saúde. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series n. 854.
14. Katzman M, Wolchik S, Braver T. The Prevalence of frequent binge eating and bulimia in a non-clinical college sample. *Int J Eating Disord.* 1984; 3(1):53-62.
15. Drenowski A, Yee DK, Krahn DD. Bulimia in college women. *Am J Psychiatry.* 1988; 145(6): 753-5.
16. Oliveira EA, Santos MA. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2006; 39(3):353-60.
17. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a schoolbased study. *CMAJ.* 2001; 165(5):547-52.
18. 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 Clín.* 2002; 29(4):172-80, 2002.
19. Malcon MC, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(1):1-7.
20. Tavares BF, Beria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(2).
21. 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; 24(3).

Recebido em: 17/9/2008
Versão final reapresentada em: 23/7/2009
Aprovado em: 4/5/2010