

# 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 GOMES<sup>1</sup>

Elto LEGNANI<sup>2</sup>

Rosimeide Francisco dos Santos LEGNANI<sup>3</sup>

Nicolly Patrícia GREGÓRIO<sup>4</sup>

Raphael Klein de SOUZA<sup>2</sup>

### 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

---

<sup>1</sup> 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>.

<sup>2</sup> Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Toledo, PR, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Física e Esporte. Londrina, PR, Brasil.

<sup>4</sup> 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 aparência<sup>1</sup>. 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 excesso<sup>2</sup>.

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 periódica<sup>3</sup>.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) 307.51<sup>4</sup> e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) F50.2<sup>5</sup> (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-IV<sup>4</sup> 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%<sup>4</sup>.

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 terapêutico<sup>6</sup>.

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 subjacente<sup>7</sup>. 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 original<sup>7</sup>.

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)<sup>8</sup> - tradução de Cordás & Hochgraf<sup>9</sup>, que permite identificar comedores compulsivos e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia nervosa.

b) Teste de Atitudes Alimentares resumido (EAT-26)<sup>10</sup> - tradução de Nunes *et al.*<sup>11</sup>, 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 2.0<sup>12</sup>, 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*<sup>12</sup>. As variáveis qualitativas foram analisadas pelo teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) 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 Saúde<sup>13</sup>, 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		$\chi^2$	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.*<sup>14</sup> e Drewnowski *et al.*<sup>15</sup>. Para o BITE gravidade, apenas 3,6% das alunas foram classificadas com gravidade significativa/intensa.

Segundo Oliveira<sup>16</sup>, “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 anos<sup>17</sup>.

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.*<sup>18</sup> - 5,5% - e Vilela *et al.*<sup>3</sup> 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.*<sup>19</sup>. Um estudo feito por Tavares *et al.*<sup>20</sup> 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 tabaco<sup>20</sup>.

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 sentido<sup>20</sup>.

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 estudo<sup>21</sup>. 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 depressão<sup>21</sup>.

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