



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

GABRIELA AVELINO DA SILVA

**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PARA FINS DE EMAGRECIMENTO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DE SAÚDE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM NUTRIÇÃO
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

GABRIELA AVELINO DA SILVA

**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PARA FINS DE EMAGRECIMENTO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da **Prof.^a Dr.^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes** e Co-orientação da **Prof.^a Joanna D'arc de Souza Cintra**.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2016

Catálogo na Fonte

Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.

Bibliotecária Ana Ligia Feliciano dos Santos, CRB-4/2005

S586c Silva, Gabriela Avelino da.

Consumo de substâncias para fins de emagrecimento e sua associação com risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde./ Gabriela Avelino da Silva. Vitória de Santo Antão, 2016.

60 folhas: il.; tab., quadros.

Orientadora: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes.

Coorientadora: Joanna D'arc de Souza Cintra.

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2016.

Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. 2. Anorexia - Adulto Jovem. 3. Nutrição. I. Ximenes, Rosana Christine Cavalcanti (Orientadora). II. Cintra, Joanna D'arc de Souza (Coorientadora). III. Título.

616.8526 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-135/2016

GABRIELA AVELINO DA SILVA

**CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PARA FINS DE EMAGRECIMENTO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM RISCO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DE SAÚDE**

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

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Joanna D'arc de Souza Cintra (Co-orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Adriano Bento Santos (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Priscila Maia Ferreira da Silva (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Ao meu grande mestre, **Jesus Cristo**.

A minha maior inspiração de vida, minha mãe, **Elza**.

Aos meus irmãos, **Daniela** e **Gabriel**.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, sempre presente na minha vida, por ter me concedido saúde, sabedoria e tempo para desenvolver e concluir esse trabalho com sucesso.

À minha **mãe**, por ser um grande exemplo de luta e superação para mim, por ter me incentivado e por estar sempre ao lado em todos os momentos da minha graduação. Obrigada por todo amor e educação que me concedeu.

Ao meu **pai**, por estar sempre ao meu lado, me apoiando, me dando força e torcendo por mim.

Aos meus **irmãos**, por todo apoio que me deram, e por me terem como exemplo em suas vidas. AMO MUITO VOCÊS!

À professora **Rosana Ximenes**, minha orientadora e exemplo, pelo apoio, incentivo e dedicação no desenvolvimento desse trabalho.

À **Darc Cintra**, minha co-orientadora, por todo incentivo, ajuda e também dedicação no desenvolvimento desse trabalho.

Aos meus **demais familiares** por todo apoio, amor e ajuda durante toda a jornada de estudos. Em especial à **tia Maria**, **tio Rege** e a **Luana** por me acolherem com tanto carinho e amor em sua casa. SEREI ETERNAMENTE GRATA!

A todos que fazem o **Grupo de Estudos em Transtornos Alimentares**, em especial a todos os colegas do núcleo Vitória de Santo Antão.

Aos meus queridos **amigos de turma**, Aline Melo, Andressa Silva, Emerson Santiago, Janaíne Soares, Juliana Costa, Jéssica Oliveira, Karolayne Gomes, Lucélia Oliveira, Merielly santana, Nadja Fernandes, Nathália Emerenciano, Rayssa Lima, Taciana Silva e Valéria Cruz, por todas as experiências de vida compartilhadas, por serem meus maiores incentivadores durante os momentos difíceis e por todas as alegrias a mim proporcionadas. NUNCA ME ESQUECEREI DE VOCÊS!

As **minhas amigas**, Milka Rodrigues, Tafine Nayane, Karla Marques e Marcelânia Maria, por todo apoio, amor e pelas orações para que eu obtivesse sucesso nesse trabalho.

A todos os meus **professores do curso** de nutrição, pelo conhecimento e amor a profissão.

Aos **professores** que participaram da construção desse trabalho. MUITO OBRIGADA!

Ao **Centro Acadêmico de Vitória**, meu segundo lar durante a graduação.

Como é bom render graças ao Senhor e cantar louvores ao teu nome, ó Altíssimo; anunciar de manhã o teu amor leal e de noite a tua fidelidade.

Salmos 92: 1-2

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo de substâncias para fins de emagrecimento e sua relação com risco de transtornos alimentares (TA) entre universitários de cursos de saúde. Trata-se de um estudo de delineamento transversal, realizado no Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV), localizado na cidade de Vitória de Santo Antão, zona da mata do Estado de Pernambuco. A amostra do estudo foi composta por 276 universitários de ambos os sexos, com faixa etária a partir de 18 anos, que assinaram o TCLE. Os instrumentos, traduzidos e validados, utilizados para o rastreamento do risco de TA foram o EAT-26 (Teste de Atitudes Alimentares) e o BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo) e para investigar o consumo de substâncias para fins de emagrecimento foi empregado um questionário não validado elaborado pela própria equipe de pesquisa. Vinte e um universitários apresentaram risco de desenvolver TA pela escala EAT-26, correspondente a 7,6% dos pesquisados. A frequência do uso de substâncias para fins de emagrecimento entre os universitários pesquisados foi de 7,2%. O uso de substâncias para fins de emagrecimento esteve associado ($p < 0,001$) à presença do risco para TA em universitários de cursos de saúde nas duas escalas de rastreamento utilizadas. Sugere-se que o uso de substâncias para fins de emagrecimento agregado a outros fatores ambientais, psicológicos, sociais ou familiares, pode estar relacionado com o risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde.

Palavras-chave: Anorexígenos. Transtornos alimentares. Universitários.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the consumption of substances for purposes of weight loss and its relation with risk of eating disorders (ED) among university students of health courses. This is a cross-sectional study, carried out at the Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV), located in the city of Vitória de Santo Antão, in the forest area of the State of Pernambuco. The study sample consisted of 276 university students of both sexes, with ages ranging from 18 years old, who signed the consent term. The instruments, translated and validated, used for the tracing of ED symptoms have the EAT-26 (Eating Attitudes Test) and the BITE (Bulimic Investigatory Test of Edimburgh) and to investigate the consumption of drugs to lose weight, a non-validated questionnaire by the research group. Twenty-one universities students presented risk for TA by the EAT-26 scale, corresponding to 7.6% of the respondents. The frequency of consumption of substances for purposes of weight loss among the university students surveyed was 7.2%. The use of substances for purposes of weight loss was associated with the presence of risk for ED in undergraduate health courses at two screening scales ($p < 0,001$). It is suggested that the use of substances for purposes of weight aggregated to other environmental, psychological, social or family factors may be related to the risk of eating disorders in college students.

Keywords: Anorexigenics. Eating Disorders. University students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para anorexia nervosa pelo DSM-5 e CID-10..	20
Quadro 2 – Complicações sistêmicas na anorexia nervosa.....	22
Quadro 3 – Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo DSM-5 e CID-10....	24
Quadro 4 – Complicações sistêmicas na bulimia nervosa.....	27

LISTA DE ABREVIações

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ADA	<i>American Dietetic Association</i>
AN	Anorexia Nervosa
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatry Association</i>
BITE	<i>Bulimic Investigatory Test of Edimburgh</i> – Teste de investigação bulímica de Edimburgo
BN	Bulimia Nervosa
CICN	Comissão Internacional de Controle de Narcóticos
CID-10	Código Internacional de Doenças, em sua décima edição
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual, 5 edition</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual, IV edition</i>
EAT-26	<i>Eating Attitudes Test</i> – Teste de Atitudes Alimentares
IMC	Índice de Massa Corporal
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TA	Transtornos Alimentares
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos universitários pesquisados de acordo com uso de substâncias para fins de emagrecimento com o escore nas escalas EAT-26, BITE Sintomatologia e BITE Gravidade.....	36
Tabela 2 – Caracterização dos universitários pesquisados que fizeram ou fazem o uso de substâncias para fins de emagrecimento.....	36
Tabela 3 – Avaliação do uso de substâncias para fins de emagrecimento de acordo com dados sócio demográficos, escalas EAT-26, BITE sintomatologia e BITE gravidade.....	39
Tabela 4 – Avaliação da escala EAT-26 de acordo com dados sócio demográficos, substâncias para fins de emagrecimento, escala BITE Sintomatologia e BITE gravidade.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 JUSTIFICATIVA	16
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 Transtornos Alimentares	17
4.1.1 Epidemiologia	18
4.1.2 Anorexia Nervosa	19
4.1.3 Bulimia Nervosa	23
4.2 Medicamentos Anorexígenos	28
4.2.1 Principais Medicamentos Anorexígenos	28
4.2.2 Regulamentação dos Anorexígenos	29
5 METODOLOGIA	31
5.1 Participantes e Procedimentos	31
5.2 Instrumentos	31
5.3 Análise dos dados	34
6 RESULTADOS	35
7 DISCUSSÃO	41
8 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	53
ANEXO B – Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)	54
ANEXO C – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh (BITE)	55
APÊNDICE A – Questionário sobre consumo de medicações	58
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico	59
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60

1 INTRODUÇÃO

Diferentes padrões estéticos foram observados na história das sociedades. Antes século XIX “a gordura foi sinônimo de saúde, beleza e sedução”. Ter sobrepeso ou ser obeso naquela época representava poder financeiro ou político. No entanto, nas primeiras décadas do século XIX, após a invenção do código da beleza houve uma mudança na visão estética sobre o corpo, fechando os olhos para a obesidade e mirando em direção à magreza. Esse modelo toma força no século XX quando os estudos científicos determinaram que a obesidade era sinônimo de doença e que a magreza era exemplo de domínio da mente sobre o corpo (FREITAS et al., 2010). Esse padrão estético ainda continua sendo imposto pela atual sociedade e preconiza uma supervalorização de um corpo magro, definido e musculoso como sinônimo de saúde, beleza e bem-estar físico. Este fato pode desenvolver em algumas pessoas uma situação de frustração, baixa autoestima e discriminação, podendo ser este um dos fatores para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) (SILVA, J et al., 2012).

Atualmente algumas pesquisas apontam para a presença de fatores de risco para TA em jovens universitários, principalmente em acadêmicos de cursos da área da saúde, entre eles Nutrição, Educação Física, Enfermagem e Medicina. Estes são cursos em que, por vezes, a aparência física é de grande importância. De tal modo que essa cultura restrita a esse grupo acadêmico-profissional venha influenciar o contexto sociocultural onde ele se insere (PIRES et al., 2010; SILVA, J et al., 2012; LIAO et al., 2013, FREITAS et al., 2010).

Universitários que apresentam uma relação conturbada com o alimento e o corpo possuem maior frequência para comportamento alimentar inadequado (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011; CARVALHO et al., 2013), e esse fato pode estar associado a fatores como mudança no estilo de vida, pressão psicológica e diminuição no tempo disponível para alimentação em decorrência da estrutura curricular e tempo para estudo (PIRES et al., 2010).

Os TA são distúrbios psiquiátricos de origem multifatorial, evidenciados por consumo, padrões e atitudes alimentares extremamente perturbadas e excessiva preocupação com o peso e a forma corporal (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI,

2011). Segundo Oliveira e Hutz (2010), os TA acometem predominantemente a população jovem.

De acordo com Ximenes, Couto e Sougey (2010), os distúrbios alimentares são divididos em dois grupos principais: anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Na AN, ocorre uma busca frequente pela magreza, levando a pessoa a uma perda de peso grave. Para atingir tal objetivo, são usados os mais diferentes e estranhos recursos. Já na BN, ocorre a ingestão compulsiva de grande quantidade de alimentos, seguida de vômito auto induzido ou de abuso de laxantes e diuréticos (SILVA, T et al., 2012).

A prevalência de AN entre os jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%, enquanto que a de BN é de 1% a 1,5% ao ano. Pouco é conhecido sobre a prevalência entre os homens, mas esses transtornos são menos comuns em homens que em mulheres, com populações clínicas refletindo razão aproximada de dez mulheres para um homem (APA, 2013).

Observando a complexidade multifatorial relacionada ao aparecimento destes distúrbios, constantemente o indivíduo possui uma ideia negativa da sua imagem corporal, temor à obesidade e facilidade de adesão a diferentes métodos inadequados para o controle de peso (SILVA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2012).

Dentre os mais diversos métodos procurados para adequação aos padrões estéticos atuais, estão os medicamentos inibidores do apetite (SILVA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2012). Os anorexígenos são fármacos muito consumidos pelos brasileiros para o tratamento da obesidade (MELO; OLIVEIRA, 2011).

Segundo a Comissão Internacional de Controle de Narcóticos (CICN), que alerta os governantes do país para uma medida eficaz na restrição da venda desse tipo de medicamento, o uso de pílulas para emagrecimento é preocupante no Brasil. De acordo com o relatório de 2007, no Brasil o consumo de moderadores de apetite foi de 12,5 pessoas a cada mil habitantes, quase o triplo do consumido nos Estados Unidos, que é de 4,5 pessoas por mil habitantes (TOLEDO et al., 2010).

Martins et al (2011) encontraram em seu estudo com universitários uma frequência de consumo de substâncias antiobesidade de 6,8%, onde as anfetaminas e aminas simpaticomiméticas (40,5%) foram as medicações mais utilizadas.

Zubaran e Lazzaretti (2013) relatam que pesquisas conduzidas entre 1996 e 2001 com estudantes da Universidade de São Paulo (USP) demonstraram um

aumento significativo do uso de derivados anfetamínicos, com frequências que variam entre 4,8 e 9,0%, durante a vida acadêmica dos estudantes.

Diante do exposto, é possível que haja uma associação entre consumo de substâncias para fins de emagrecimento com risco de TA em estudantes universitários de cursos de saúde, sendo este o objetivo deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o consumo de substâncias para fins de emagrecimento e sua associação com risco de TA em universitários de cursos de saúde

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar a frequência de estudantes universitários com risco para TA.
- ✓ Identificar a frequência do uso de substâncias para fins de emagrecimento em estudantes universitários de cursos de saúde.
- ✓ Verificar a associação entre consumo de substâncias para fins de emagrecimento com o risco de TA em estudantes universitários de cursos de saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Uma das principais razões para a realização de estudos sobre os TA em populações jovens se deve ao aumento da sua frequência (BAILEY et al., 2014; GONÇALVES et al., 2013). A literatura aponta que comportamentos de risco como perfeccionismo, a prática de dietas restritivas, o excesso de exercício físico, vômitos auto induzidos e consumo de medicamentos diuréticos, laxantes e anorexígenos são estratégias presentes para controlar o peso corporal pelos portadores de TA (TEIXEIRA et al., 2016; FORTES et al., 2015; NICHOLLS et al., 2016; HERZOG et al., 2016). Embora o consumo de medicamentos anorexígenos possa estar presente em indivíduos portadores de TA, sendo um dos métodos inapropriados para o controle do peso corporal, são escassas as pesquisas que relacionam o consumo desses medicamentos ao risco de TA em estudantes universitários de cursos de saúde, no contexto brasileiro, principalmente no estado de Pernambuco.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Transtornos alimentares (TA) são caracterizados por alterações graves no comportamento alimentar e marcante insatisfação com a imagem corporal tendo como principais patologias a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) (FABBRI et al., 2015). Antes se acreditava que o perfil das pessoas com TA era caracterizado por: adolescentes do sexo feminino, etnia branca e de alto nível sócio econômico e cultural. No entanto, foi observado que esse grupo é cada vez mais heterogêneo; com um aumento dos casos diagnósticos de adolescentes do sexo masculino, etnia negra e de baixo nível sócio econômico e cultural (BORGES et al., 2006).

A etiologia dos TA é complexa e, embora amplamente estudado, é ainda mal compreendido. Esses transtornos são multifatoriais e apresentam uma complexa interação de vários componentes: biológicos, psicológicos, socioculturais e familiares, que são responsáveis pelo seu início e manutenção (FABBRI et al., 2015). Os indivíduos acometidos pelos TA possuem uma preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, medo persistente de engordar (KACHANI; CORDÁS, 2011), atitudes obsessivas em relação aos alimentos e calorias, raiva ao sentir fome, como também procura pertinente por alimentos para compensar problemas psicossociais, entre outros (SOUZA et al., 2014). Alimentos ricos em gorduras e carboidratos tornam-se inapropriados e restritos, levando à perda de peso drástica, com prejuízo à saúde do indivíduo e com importantes perdas nutricionais essenciais ao crescimento e desenvolvimento (SANT'ANNA, 2014). Segundo DeJong (2013), pacientes portadores de TA apresentam uma reduzida qualidade de vida quando comparado a outras doenças ou distúrbios graves.

Na sociedade atual, o padrão de beleza é caracterizado por um corpo magro, esbelto e atlético. No entanto, não se considera a saúde e as diferentes formas físicas da população em geral (SCHERER et al., 2010). Essa realidade gera frustração, baixa autoestima e preconceito com as pessoas que fogem à regra (SILVA, J et al., 2012), fazendo com que esses indivíduos se submetam a dietas restritivas para perda de peso, uso abusivo de laxantes, diuréticos e anorexígenos

sem prescrição médica, podendo estas condições serem significativas para o surgimento de TA (SANT'ANNA, 2014).

4.1.1 Epidemiologia

Alguns estudos indicam uma tendência de aumento na incidência de AN e BN, especialmente em jovens entre 15 e 24 anos (ALVARENGA et al., 2016).

É importante salientar que estudos epidemiológicos com TA são inconclusivos, principalmente no que se refere ao público universitário (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011). A *American Psychiatry Association* – APA (2013) afirma que as estimativas de incidência e prevalência de TA variam muito dependendo da amostra e dos métodos de avaliação. O estudo de Sigel (2008) apontou uma prevalência de AN que variou de 0,5% a 2%, com um pico de início dos 13 aos 18 anos. Além disso, a AN vem apresentando uma das maiores taxas de mortalidade entre todas as doenças psiquiátricas de, pelo menos, 5% a 6%. Já a prevalência de BN é ainda maior, entre 0,9% e 3%, mas com idade de início dos 16 aos 17 anos, e taxa de mortalidade estimada em aproximadamente 2% (CAMPBELL; PEEBLES, 2014).

Os TA são encontrados com mais frequência em adolescentes e mulheres jovens. Os homens também são afetados, mas em apenas 10% dos casos (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005).

Segundo Kirsten, Fratton e Porta (2009) a prevalência de BN é mais observada em estudantes universitárias, com uma estimativa aproximada de 4,0%. Entretanto, a de AN é considerada baixa, em torno de 0,5% em mulheres jovens. Souza e colaboradores (2011) afirmaram que o desenvolvimento da AN é mais comum em países desenvolvidos.

Neste sentido, Oliveira e Hutz (2010) constataram que a busca incansável por um referencial estético é o fator principal para o alto índice de aumento no número de casos de TA, juntamente com fatores individuais, familiares e culturais.

4.1.2 Anorexia nervosa

O termo AN origina-se do grego “an-”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite. Também significa aversão à comida, enjoo do estômago ou inapetência (CORDÁS; CLAUDINO, 2002). De acordo com a APA (2013), os seguintes fatores devem estar presentes para o diagnóstico da AN, são eles: a) restrição da ingestão de energia levando a um significativo baixo peso corporal no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física; b) medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso mesmo com peso inferior; c) perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou formas corporais; excessiva influência do peso ou formas corporais na auto avaliação; ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso corporal.

Os principais critérios para o diagnóstico dos TA estão estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, no Código Internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10) (RIBEIRO, 2007), e pela Associação de Psiquiatria Americana, no *Diagnostic and Statistical Manual, 5 edition* (DSM-5) (APA, 2013).

A seguir encontram-se os critérios diagnósticos segundo o DSM-5 e o CID-10 para AN (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para anorexia nervosa pelo DSM-5 e CID-10

Anorexia Nervosa	
DSM-5	CID-10
A. Restrição da ingestão de energia levando a um significativo baixo peso corporal no contexto de idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física.	A. O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado). Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de nascimento.
B. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso mesmo com peso inferior.	B. A perda de peso é auto induzida pela evitação de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos auto induzidos, purgação auto induzida, exercício excessivo, uso de anorexígenos e/ou diuréticos.
C. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na auto avaliação; ou persistente falta de reconhecimento da seriedade do atual baixo peso corporal.	C. Há distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma ideia intrusiva e sobrestimada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.
Subtipos: - Restritivo: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo não teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos. Nesse subtipo, a perda de peso é alcançada através de dietas, jejuns e/ou atividades físicas para perder peso. - Compulsivo-Purgativo: Durante os últimos 3 meses, o indivíduo teve episódios recorrentes de comportamentos compulsivos ou purgativos (vômitos, abuso de laxantes e diuréticos ou enemas).	D. Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico hipofisário gonadal é manifestado em mulheres como amenorreia e em homens como perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Podem também haver níveis elevados de hormônios de crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoidiano e anormalidades de secreção da insulina.
Gravidade: Leve: IMC ≥ 17 kg/m ² Moderada: IMC 16 a 16,99 kg/m ² Grave: IMC 15 a 15,00 kg/m ² Extrema: IMC < 15 kg/m ²	Comentários: Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa: nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorreia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia.

Fonte: American Psychiatry Association – APA, 2013, p. 338-339; PRADO, 2012, p. 19-20.

Segundo Zipfel et al. (2015), a AN é um transtorno mental grave, podendo afetar indivíduos de todas as idades, sexos, orientações sexuais e origens étnicas. No entanto, as adolescentes do sexo feminino e mulheres adultas jovens estão particularmente em maior risco. Este transtorno é caracterizado por um medo intenso de ganhar peso e uma imagem corporal perturbada, que motivam a restrição alimentar grave ou outros comportamentos de perda de peso, tal como o excesso de atividade física.

O DSM-5 classifica a AN em dois subtipos, o restritivo e o compulsivo-purgativo. No restritivo, a busca pela perda de peso é realizada principalmente através de dieta, jejum e/ou excesso de exercício físico. Já no tipo compulsivo-purgativo, predominam comportamentos de purgação (ou seja, vômitos auto induzidos ou uso indevido de laxantes e diuréticos) (SHARONDA et al., 2015). Diante disso é importante considerar a conclusão de Prado (2012) sobre a sintomatologia da AN:

O medo de engordar é a principal característica da AN, indivíduos têm alteração da percepção da imagem corporal e negam a sensação de fome podendo gerar grandes prejuízos biopsicossociais com alta taxa de mortalidade. Para muitos indivíduos portadores, o prognóstico é desfavorável, e pode afetar todo o corpo das mais diversas formas possíveis (Quadro 2) (PRADO, 2012, p. 21).

Em geral, as complicações sistêmicas da AN são um resultado direto da perda de peso e da desnutrição. A fome induz o catabolismo de gordura e proteína, que leva à perda de volume e da função celular, resultando em efeitos adversos no coração, cérebro, fígado, intestinos, rins e músculos (MEHLER; BROWN, 2015).

A maioria dos profissionais de saúde reconhece que a AN é uma doença grave que resulta na incapacidade significativa das funções vitais e prejuízo da qualidade de vida. Infelizmente para alguns, esta desordem torna-se uma doença crônica (SURGENOR; MAGUIRE, 2013), sendo necessário o acompanhamento clínico específico por uma equipe multiprofissional, já que o paciente recusa a doença (SILVA; ALVES, 2011).

O diagnóstico da AN consiste na avaliação do estado nutricional e das complicações decorrentes principalmente das práticas purgativas. Uma investigação detalhada deve ser realizada para identificar as alterações relacionadas com a diminuição do peso corporal, do modelo alimentar atual, da frequência e da

gravidade dos métodos de purgação, quando presentes, e da intensidade da prática de atividade física (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Dentre os principais profissionais capacitados para tratar os pacientes com TA, o nutricionista está intimamente envolvido com o restabelecimento do peso, normalização do padrão alimentar e da percepção de fome e saciedade (LATTERZA et al., 2004). Além disso, o trabalho do nutricionista junto aos demais profissionais da equipe multiprofissional (psiquiatra, clínico geral, nutrólogo e psicólogo) é reconhecido como a forma mais adequada de assistência médica (SOUZA; PESSA, 2016).

Quadro 2 - Complicações sistêmicas na anorexia nervosa

Cardiovasculares	Bradicardia e hipotensão, prolapso da válvula mitral, morte súbita-arritmia, síndrome de realimentação e alterações de eco.
Dermatológicas	Pele seca, alopecia e prurido associada à fome.
Gastrointestinais	Constipação, pancreatite, dilatação gástrica (retardado do esvaziamento gástrico agudo), hepatite e disfagia.
Endócrinas e metabólicas	Amenorreia, infertilidade, osteoporose, anormalidades da tireóide, hipercortisolemia, hipoglicemia, <i>diabetes insipidus nefrogênico</i> e retardo do crescimento.
Hematológicas	Pancitopenia por fome e diminuição na taxa de sedimentação de eritrócitos.
Neurológicas	Atrofia cerebral.
Oftálmicas	Incapacidade de fechar os olhos.
Pulmonares	Pneumonia por aspiração, parada respiratória, pneumotórax espontâneo e enfisema.

Fonte: adaptado de Mehler; Brown, 2015, p. 2.

4.1.3 Bulimia nervosa

O termo BN deriva da junção dos termos gregos “*bous*” (boi) e “*limos*” (fome), indicando uma fome extrema, ou suficiente para comer um boi (XIMENES, 2008). De acordo com a APA (2013), os fatores a seguir devem estar presentes para o diagnóstico da BN: a) episódios recorrentes de compulsão alimentar; b) comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto induzido; abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou excesso de exercício físico; c) a compulsão e o comportamento compensatório inapropriado devem ocorrer, no mínimo, pelo menos uma vez por semana, por 3 meses; d) auto avaliação indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal; e) o transtorno não ocorre exclusivamente durante episódios de AN.

A seguir encontram-se os critérios diagnósticos segundo o DSM-5 e o CID-10 para BN (Quadro 3).

Quadro 3 - Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo DSM-5 e CID-10

Bulimia Nervosa	
DSM-5	CID-10
<p>A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado por ambos os seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares; 2. Um sentimento de falta de controle sobre o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar e controlar o que ou quanto se come). 	<p>A. O paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).</p>
<p>B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto induzido; abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou excesso de exercício físico.</p>	<p>B. Preocupação persistente com o comer e um forte desejo ou sentimento de compulsão a comer.</p>
<p>C. A compulsão e o comportamento compensatório inapropriado devem ocorrer, no mínimo, pelo menos uma vez por semana, por 3 meses.</p>	<p>C. O paciente tenta neutralizar os efeitos de engordar dos alimentos por meio de um ou mais do que se segue: vômitos auto induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas como anorexígenos, preparados tireoidianos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.</p>
<p>D. Auto avaliação indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal.</p>	<p>D. Há uma auto percepção de estar muito gordo, com pavor intenso de engordar e com uso de exercícios excessivos ou jejuns.</p>
<p>E. O transtorno não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.</p>	
<p>Gravidade: Leve: média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios por semana; Moderada: média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios por semana; Grave: média de 8 a 13 episódios de comportamentos</p>	

compensatórios por semana; Extrema: média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios por semana.	
--	--

Fonte: *American Psychiatry Association* – APA, 2013, p. 345; PRADO, 2012, p. 25-26.

De acordo com Cordás (2004), a BN pode ser caracterizada por uma grande ingestão alimentar que está associada com a sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar, levando aos chamados episódios bulímicos. A excessiva preocupação com o peso e a imagem corporal levam o indivíduo a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos auto induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos. Geralmente os indivíduos bulímicos estão dentro do seu peso normal ou apresentam um leve sobrepeso (VILELA et al., 2004).

Ainda, segundo a APA (2013), o desenvolvimento da BN começa na adolescência ou início da idade adulta; não é comum antes da puberdade ou depois dos 40 anos. A compulsão alimentar frequentemente começa durante ou após as práticas recorrentes de dietas para perda de peso, como também em eventos de vida estressante; precipitando o início da BN.

O DSM-IV classifica a BN em dois tipos: o purgativo, em que na compulsão alimentar ocorrem os episódios de purgação (vômitos provocados, uso de laxantes, diuréticos e anorexígenos) e o não purgativo, que é caracterizado por práticas de dietas restritivas, jejuns e exercícios físicos (XIMENES, 2008). Porém, a 5ª edição do DSM trás uma nova perspectiva diagnóstica para esse TA. A mesma afirma que os dois tipos (purgativo e não purgativo) devem ser substituídos por um único diagnóstico que inclui o uso tanto dos comportamentos ou métodos purgativos quanto dos não purgativos para controle do peso corporal (MOND, 2013).

Pacientes portadores de BN sofrem com várias complicações médicas (Quadro 4) que geralmente dependem da gravidade da doença (HERPERTZ-DAHLMANN, 2009), e dos frequentes vômitos auto induzidos (CINTRA, 2015).

A maioria dessas complicações é reversível com a melhora do estado nutricional e com a remissão dos comportamentos de purgação. No entanto, algumas consequências físicas podem ser fatais, como o desequilíbrio eletrolítico (por exemplo, hipocalcemia), devido aos excessivos vômitos ou uso indevido de diuréticos e laxantes. Além disso, as deficiências nutricionais aumentam o risco para doenças cardíacas como arritmias e infecções intercorrentes (TREASURE; CLAUDIN; ZUCKER, 2010).

O tratamento nutricional da BN inclui diferentes abordagens nutricionais. O principal objetivo é a recuperação do estado nutricional. Outros aspectos também

devem ser considerados numa visão mais ampla sobre a mudança de atitude do paciente para com os alimentos e a nutrição. A *American Dietetic Association* (ADA) recomenda, em suas diretrizes, duas fases de tratamento, a educação nutricional e o aconselhamento com a finalidade de modificar o comportamento alimentar do paciente. De qualquer forma, outras metas mais eficientes de tratamento devem ser buscadas visando à qualidade de vida do paciente (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

Quadro 4 - Complicações sistêmicas na bulimia nervosa

Hidroeletrolíticas	Alcalose metabólica hipoclorêmica (vômitos), acidose metabólica hiperclorêmica (abuso de laxantes), retirada dos laxantes por retenção de líquidos.
Dentárias	Cárie e erosão do esmalte dentário.
Cardiovasculares	Cardiomiopatia e miosite.
Pulmonares	Pneumonia aspirativa.
Gastrointestinais	Fissuras de palato, infecção das glândulas salivares, hipertrofia de parótidas, esofagite, dor epigástrica, hematêmese, dor e ruptura gástrica ou esofágica.
Endócrinas	Hipoglicemia, hipogonadismo hipotalâmico, síndrome do doente eutireoideo (hipertiroxinemia eutireoidea), retardo no crescimento, puberdade atrasada, ↑ cortisol.
Genito-urinárias	Amenorreia, atrofia de mama, vaginite atrófica, atrofia testicular, infertilidade, complicações na gravidez, piúria estéril, insuficiência renal aguda, azotemia pré-renal, <i>diabetes insipidus nefrogênico</i> .
Dermatológicas	Sinal de Russell (lesões nos dedos das mãos, semelhantes a calos).
Psiquiátricas	Traços de personalidade, instabilidade afetiva, sensação de perda de controle emocional associada a condutas auto lesivas.

Fonte: SHARONDA et al., 2015, p. 2.

Nota: Quadro organizado pelo autor com base nos dados informados por Sharonda.

4.2 MEDICAMENTOS ANOREXÍGENOS

Os medicamentos anorexígenos são definidos como substâncias psicotrópicas estimulantes do sistema nervoso central (SNC), tendo como principal função a diminuição da sensação de fome. Porém, causam dependência química e física, gerando alguns efeitos adversos importantes como problemas neurológicos e psicológicos (KONFLANZ; SILVA; DALLAGNOL, 2014). São utilizados principalmente para o tratamento da obesidade quando a terapia não medicamentosa (atividade física e reeducação alimentar) não traz um resultado eficaz para o paciente (MOREIRA; ALVES, 2015).

Além dos medicamentos inibidores do apetite, outras substâncias são consumidas sem prescrição ou orientação médica com o objetivo de perda de peso, como benzodiazepínicos, agentes tireoidianos, medicamentos diuréticos, agentes gastrointestinais, produtos vegetais, antidepressivos, entre outros (CARVALHO, 2007).

Pesquisas apontam um maior consumo de medicamentos anorexígenos (LUCAS et al., 2006; MELO; OLIVEIRA, 2011; MARTINS et al., 2011), principalmente por mulheres jovens e estudantes universitários.

4.2.1 Principais medicamentos anorexígenos

Atualmente, os principais fármacos anorexígenos disponíveis no Brasil são femproporex 50,0 mg/dia, anfepramona (dietilpropiona) 120,0 mg/dia, mazindol 3,0 mg/dia e sibutramina 15,0 mg/dia (BRASIL, 2014).

Dentre esses, apenas a Sibutramina (bloqueador da receptação de noraepinefrina e serotonina) não é classificada como um derivado anfetamínico. A anfepramona e o femproporex são oriundos da β -feniletilamina, substância gerada a partir de modificações na estrutura da anfetamina. Já o mazindol, apesar de ser um medicamento com ação no sistema nervoso central, não é um derivado da β -feniletilamina (MANCINI; HALPERN, 2002).

Esses medicamentos anorexígenos, exceto a sibutramina, possuem mecanismos de ação semelhantes aos da anfetamina – fármacos estimulantes do

sistema nervoso central causadores de farmacodependência (MOREIRA; ALVES, 2015).

O Femproporex e a Anfepramona são medicamentos derivados da anfetamina e amplamente utilizados no Brasil como supressores do apetite, auxiliando no tratamento da obesidade, tendo como principal mecanismo de ação o aumento da produção de Noradrenalina, que estimula o hipotálamo, inibindo o centro da fome (ANVISA, 2009). Seus principais efeitos colaterais são agitação, irritabilidade, insônia, boca seca, tontura, palpitações e diminuição da libido (HALPERN et al., 2002).

O Mazindol é um fármaco de ação no sistema nervoso central (CARVALHO, 2007) classificado como simpaticomimético, que tem como principal mecanismo o aumento da ação da dopamina e da norepinefrina em receptores pós-sinápticos, agindo especificamente no hipotálamo, inibindo a fome (BEHAR, 2002).

Se consumido em excesso, o mazindol pode provocar boca seca, dor de cabeça, exantemas, dependências e, menos comumente, insônia, nervosismo crescente, depressão, psicose, alucinações, taquicardia, hipertensão, obstipação e raramente ginecomastia (ANVISA, 2009).

A sibutramina bloqueia a receptação da serotonina e noradrenalina no sistema nervoso central (HALPERN et al., 2002), promovendo o aumento da saciedade e consequentemente a diminuição da ingestão alimentar. É mais adequadamente classificada como um agente de saciedade, em vez de anorexígeno (COUTINHO, 2009). Seu uso abusivo pode causar ansiedade, constipação, tonturas, dor de cabeça, irritabilidade, impaciência, agitação, insônia, congestão nasal e dor de garganta. (BEHAR, 2002).

4.2.2 Regulamentação dos anorexígenos

A Portaria N° 344 do Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998, é a principal legislação nacional sobre o comércio de medicamentos sujeitos a controle especial, classificando os medicamentos anorexígenos psicotrópicos na lista B2, que determina a notificação da dispensação dos anorexígenos através da receita azul; emitida por profissionais da saúde para prescrição de medicamentos que podem causar dependência (BRASIL, 1998).

A resolução da diretoria colegiada, RDC Nº 52, de 6 de outubro de 2011, proibiu o uso das substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e seus derivados, e determinou medidas de controle para a prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina em 2011 (BRASIL, 2011), devido aos seus principais efeitos colaterais como complicações cardiovasculares e comportamentais (ANDRIOLO, 2012).

No entanto, a resolução RDC Nº 50, publicada em setembro de 2014, revoga a resolução citada anteriormente e é o principal documento utilizado atualmente para o controle da comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos anorexígenos (femproporex, anfepramona, mazindol e sibutramina), bem como seus derivados (BRASIL, 2014).

5 METODOLOGIA

5.1 PARTICIPANTES E PROCEDIMENTOS

Este estudo do tipo transversal foi desenvolvido com 276 estudantes universitários.

A amostra do estudo foi não probabilística do tipo intencional, composta por estudantes do Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV), localizado na cidade de Vitória de Santo Antão, zona da mata do Estado de Pernambuco.

Todos os universitários acima de 18 anos e regulamente matriculados nos cursos foram convidados a participar do estudo. Foram excluídos estudantes que já haviam participado de pesquisas anteriores referentes ao tema principal (TA) e as estudantes gestantes e nutrízes.

Após serem informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Os questionários não foram identificados, sendo codificados pela equipe de pesquisa. Sua aplicação foi feita em sala de aula, na ausência do docente, contando com a presença de dois aplicadores treinados durante os intervalos entre as aulas da grade de horário dos estudantes.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (nº do parecer 1.480.108) (ANEXO A).

5.2 INSTRUMENTOS

Foram utilizados questionários autoaplicativos que são de fácil administração, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos. Vários deles apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por considerarem vergonhoso, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face-a-face (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002).

Eating Attitudes Test (EAT) – (GARNER; GARFINKEL, 1979) (ANEXO B)

Foi desenvolvido por Garner e Garfinkel, em 1979, era composto de 40 itens e a princípio tinha o propósito de detectar os sintomas da anorexia nervosa (AN) (NUNES et al., 1994; FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002). No entanto, em 1982 os autores revisaram o questionário, excluindo 14 dos 40 itens, por serem redundantes e não aumentarem o poder preditivo da escala, estabelecendo assim o EAT-26 e constaram que não era possível fazer o diagnóstico da AN através do instrumento (NUNES et al., 1994; MINTZ; O'HALLORAN, 2000; XIMENES, 2008). Porém, verificou-se que o teste pode ser utilizado para detectar casos clínicos em populações de alto risco e identificar indivíduos com preocupações anormais com relação à alimentação e peso corporal (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011).

O instrumento foi traduzido para o português como Teste de Atitudes Alimentares e está validado em população brasileira (NUNES et al., 1994, 2005; BIGHETTI et al., 2004). Possui 26 itens e seis opções de resposta no formato Likert, que variam de 0 a 3 pontos (sempre = 3; muitas vezes = 2; às vezes = 1; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0); a questão 25 tem resposta invertida. A pontuação maior ou igual a 21 no EAT identifica o indivíduo em grupo de risco para TA e, menor que 21, indivíduo em grupo fora de risco (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011).

Por ser um questionário de fácil preenchimento, fácil aplicabilidade, baixo custo e apresentar boa confiabilidade, optou-se por utilizá-lo para aplicação nos universitários. (NUNES et al., 1994, 2005; BIGHETTI et al., 2004; MAGALHÃES; MEDONÇA, 2005; ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011;).

Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) – (HENDERSON; FREEMAN, 1987) (ANEXO C)

Este questionário foi criado por Henderson e Freeman, em 1987, para avaliar comportamentos bulímicos, como ingestão excessiva de alimentos e os métodos purgativos utilizados para compensar estes episódios exagerados de alimentação e que levam o indivíduo a sentir-se mal, tais como provocação de vômitos, realização de jejum, uso de laxantes, diuréticos, anorexígenos e dieta. Constitui-se de 33 questões, com 30 questões dirigidas à sintomatologia bulímica, variando de 0 até 30 pontos. A resposta “sim” representa a presença do sintoma, valendo 1 ponto, enquanto a resposta “não” significa a ausência (0). Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31,

pontua-se inversamente. Escore igual ou acima de 20 pontos indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar com grande possibilidade de BN; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica, e escore abaixo de 10 pontos deve ser considerado normalidade. A escala de gravidade dos sintomas é avaliada pelos itens 6, 7 e 27. Escore acima de 5 pontos é considerado clinicamente significativo, e se aplica um elevado grau de gravidade quando o escore na escala de sintomas é superior a dez (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002; MAGALHÃES; MEDONÇA, 2005).

O teste apresentou adequadas propriedades psicométricas (validade e fidedignidade) no estudo original e foi traduzido para o português como Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh (CORDÁS; HOCHGRAF, 1993; FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002).

Questionário Sobre Consumo de Medicamentos para Emagrecer – (APÊNDICE A)

Este formulário de autopreenchimento não validado foi construído pela autora e colaboradores com o objetivo de investigar o hábito de consumo de medicações para emagrecer entre estudantes universitários. As variáveis de interesse do questionário foram, consumo de medicamentos para emagrecer, forma de aquisição (com ou sem orientação médica), medicamentos utilizados, incluindo sibutramina, femproporex, anfepramona, mazindol e/ou outros, tempo de uso, indicação terapêutica (motivo do uso), objetivos pelo qual utilizou o medicamento, alcance dos objetivos esperados, conhecimentos adquiridos no curso influenciaram na tomada de decisão para o uso de remédios para emagrecer, e se o estudante tinha acesso a medicamentos para emagrecer no seu local de estágio, trabalho ou estudos.

Questionário de Dados Sociodemográficos – (APÊNDICE B)

Com a finalidade de descrever o perfil socioeconômico da amostra pesquisada este questionário compreendeu informações como peso, altura, etnia, idade, sexo, se tinha irmãos, lugar que ocupava na família em relação aos irmãos, escolaridade dos pais, e dados socioeconômicos da família. Os estudantes foram separados socioeconomicamente em classes A, B, C, D e E com base nos critérios

de classificação econômica da Fundação Getúlio Vargas – do Centro de Políticas Sociais (NERI, 2010).

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados descritivamente através de percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média e desvio padrão para a variável idade. Para avaliar a associação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado, com 95% de intervalo de confiança. Para todas as análises foi considerado como significativo um $p < 0,05$.

A construção do banco de dados foi feita no Microsoft Office Excel e a análise estatística dos dados foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20,0.

6 RESULTADOS

Participaram do estudo 276 universitários, sendo 62,3% (n = 172) do sexo feminino e 37,7% (n = 104) do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 18 e 36 anos, com média de 20,8 anos (DP ± 2,68).

A distribuição de alunos por cursos foi a seguinte: Educação Física 47,5% (n = 131), Enfermagem 23,2% (n = 64), Nutrição 15,6% (n = 43) e Ciências Biológicas 13,8% (n = 38).

No que se refere ao nível socioeconômico foi observado que 2,2% (n = 6) dos pesquisados pertenciam à classe A, 0,7% (n = 2) à classe B, 24,3% (n = 67) à classe C, 28,6% (n = 79) à classe D, 43,1% (n = 119) à classe E e 1,1% (n = 3) não informaram.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos universitários da pesquisa de acordo com o uso de substâncias para fins de emagrecimento com o escore nas escalas EAT-26, BITE Sintomatologia e BITE Gravidade. Vinte e um universitários apresentaram risco para TA pela escala EAT-26, correspondente a 7,6% dos pesquisados. A frequência do uso de substâncias para fins de emagrecimento entre os universitários pesquisados foi de 7,2%.

Na tabela 2 pode ser observada a caracterização dos universitários que fizeram ou ainda fazem o uso de substâncias para fins de emagrecimento. O consumo de substâncias para fins de emagrecimento sem prescrição médica foi observado em 5,0% dos pesquisados. Vinte e cinco por cento dos estudantes consumiram chá verde, 10,0% espirulina, 25,0% shake emagrecedor, 5,0% metformina, 15,0% sibutramina, 5,0% cafeína, 5,0% fluoxetina e 10,0% orlistat. Também foi possível observar que 70,0% consumiram apenas uma substância. Em relação ao tempo de uso, destaca-se o consumo de até 3 meses por 25,0% dos alunos. Outras informações importantes, como o motivo que fez os estudantes utilizarem as substâncias (estética= 70,0%), objetivo de uso (emagrecimento= 90,0%), objetivo de uso alcançado (sim= 55,0%) e conhecimento a respeito da substância (sim= 60,0%) também foram obtidas na pesquisa. Ainda foi encontrado que dos 276 universitários, 92,0% não tinham acesso a substâncias para fins de emagrecimento em seu local de estágio, trabalho ou estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos universitários pesquisados de acordo com uso de substâncias para fins de emagrecimento com o escore nas escalas EAT-26, BITE Sintomatologia e BITE Gravidade

	N	%
Total	276	100,0
EAT-26		
Presença do risco	21	7,6
Ausência do risco	255	92,4
BITE Sintomatologia		
Presença de comportamento alimentar compulsivo	12	4,3
Padrão alimentar não usual	68	24,6
Comportamento alimentar usual	196	71,0
BITE Gravidade		
Grande intensidade	4	1,4
Intensidade significativa	17	6,2
Não significativo	255	92,4
Uso de substâncias para fins de emagrecimento		
Sim	20	7,2
Não	256	92,8

BITE: Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh; EAT: Teste de Atitudes Alimentares.

Fonte: SILVA, G. A., 2016.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados da pesquisa.

Tabela 2. Caracterização dos universitários pesquisados que fizeram ou fazem o uso de substâncias para fins de emagrecimento

	N	%
Total	20	100,0
Prescrição		
Sim	6	2,2
Não	14	5,0
Substâncias utilizadas		
Chá verde	5	25,0
Espirulina	2	10,0
Shake emagrecedor	5	25,0
Metformina	1	5,0
Sibutramina	3	15,0

Cafeína	1	5,0
Fluoxetina	1	5,0
Orlistat	2	10,0
Quantidade utilizada		
1 medicação	14	70
2 ou mais medicações	6	30
Tempo de uso		
1 semana	3	15,0
2 a 3 semanas	2	10,0
1 mês	4	20,0
3 meses	5	25,0
6 meses	3	15,0
9 meses ou mais	2	10,0
Ainda utiliza	1	5,0
Motivo do uso		
Problemas de saúde	4	20,0
Estética	14	70,0
Curiosidade	2	10,0
Objetivo do uso		
Recuperação de uma enfermidade	1	5,0
Emagrecimento	18	90,0
Outros	1	5,0
Objetivo do uso alcançado		
Sim	11	55,0
Não	9	45,0
Conhecimento a respeito		
Sim	12	60,0
Não	8	40,0
Acesso a substâncias		
Sim	22	8,0
Não	254	92,0

Fonte: SILVA, G. A., 2016.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados da pesquisa.

A tabela 3 apresenta a relação entre o uso de substâncias para fins de emagrecimento com dados sócio demográficos (demográficos e socioeconômicos), e com as escalas EAT-26 e BITE sintomatologia e gravidade. Destaca-se que a prevalência do consumo de substâncias para fins de emagrecimento foi de 15,8% entre os jovens com 24 anos ou mais; variou de 6,7% a 7,6% entre os sexos. O uso de substâncias para fins de emagrecimento foi mais frequente entre os universitários com risco de TA, aferidos pela escala EAT-26 ($p < 0,001$) e pela escala BITE sintomatologia ($p < 0,001$) e também esteve associado à maior gravidade dos sintomas de TA, aferido pela escala BITE gravidade ($p < 0,001$).

A tabela 4 evidencia a associação entre a ocorrência de risco de TA segundo os dados sócio demográficos, uso de substâncias para fins de emagrecimento, e a escala BITE sintomatologia e gravidade. Ressalta-se que a prevalência do risco de TA (EAT positivo) foi de 13,2% entre os universitários com 24 anos ou mais e variou de 4,8% a 9,3% entre o sexo. Não houve associação significativa entre o risco de TA e as variáveis sociodemográficas. O risco de TA foi mais frequente entre os universitários que usaram substâncias para fins de emagrecimento ($p < 0,001$), aferidos pelo questionário de medicamentos e pela escala BITE sintomatologia ($p < 0,001$) e também esteve associado à grande intensidade da gravidade dos sintomas, aferido pela escala BITE gravidade ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Avaliação do uso de substâncias para fins de emagrecimento de acordo com dados sócio demográficos, escalas EAT-26, BITE sintomatologia e BITE gravidade

Variável	Uso de substâncias						Valor de p
	Sim		Não		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							$p^{(1)} = 0,053$
18 a 19 anos	4	3,9	99	96,1	103	100,0	
20 a 23 anos	10	7,4	125	92,6	135	100,0	
24 anos ou mais	6	15,8	32	84,2	38	100,0	
Grupo Total	20	7,2	256	92,8	276	100,0	
Sexo							$p^{(1)} = 0,797$
Feminino	13	7,6	159	92,4	172	100,0	
Masculino	7	6,7	97	93,3	104	100,0	
Grupo Total	20	7,2	256	92,8	276	100,0	
Classe de renda							$p^{(1)} =$

							0,098
Classe A	0	0	6	100,0	6	100,0	
Classe B	0	0	2	100,0	2	100,0	
Classe C	10	14,9	57	85,1	67	100,0	
Classe D	4	5,1	75	94,9	79	100,0	
Classe E	6	5,0	113	95,0	119	100,0	
Grupo Total	20	7,3	253	92,7	273	100,0	
Curso							p ⁽¹⁾ = 0,285
Nutrição	2	4,7	41	95,3	43	100,0	
Enfermagem	8	12,5	56	87,5	64	100,0	
Educação Física	7	5,3	124	94,7	131	100,0	
Ciências biológicas	3	7,9	35	92,1	38	100,0	
Grupo Total	20	7,2	256	92,8	276	100,0	
Escore EAT-26							p ⁽¹⁾ < 0,001
Presença do risco	7	33,3	14	66,7	21	100,0	
Ausência do risco	13	5,1	242	94,9	255	100,0	
Grupo Total	20	7,2	256	92,8	276	100,0	
BITE Sintomatologia							p ⁽¹⁾ < 0,001
Comportamento alimentar compulsivo	7	58,3	5	41,7	12	100,0	
Padrão alimentar não usual	11	16,2	57	83,8	68	100,0	
Comportamento alimentar usual	2	1,0	194	99,0	196	100,0	
Grupo Total	20	7,2	256	92,8	276	100,0	
BITE Gravidade							p ⁽¹⁾ < 0,001
Grande intensidade	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Intensidade significativa	10	58,8	7	41,2	17	100,0	
Não significativo	8	3,1	247	96,9	255	100,0	
Grupo Total	20	7,2	256	92,8	276	100,0	

BITE: Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh; EAT: Teste de Atitudes Alimentares

(1): Através do teste qui-quadrado

Fonte: SILVA, G. A., 2016.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados da pesquisa.

Tabela 4 - Avaliação da escala EAT-26 de acordo com dados sócio demográficos, substâncias para fins de emagrecimento, escala BITE Sintomatologia e BITE gravidade

Variável	EAT-26				TOTAL		Valor de p
	Positivo		Negativo		N	%	
	N	%	n	%			
Faixa etária							p ⁽¹⁾ = 0,331
18 a 19 anos	8	7,8	95	92,2	103	100,0	
20 a 23 anos	8	5,9	127	94,1	135	100,0	
24 anos ou mais	5	13,2	33	86,8	38	100,0	
Grupo Total	21	7,6	255	92,4	276	100,0	
Sexo							p ⁽¹⁾ = 0,172
Feminino	16	9,3	156	90,7	172	100,0	

Masculino	5	4,8	99	95,2	104	100,0	
Grupo Total	21	7,6	255	92,4	276	100,0	
Classe de renda							$p^{(1)} = 0,784$
Classe A	1	16,7	5	83,3	6	100,0	
Classe B	0	0,0	2	100,0	2	100,0	
Classe C	4	6,0	63	94,0	67	100,0	
Classe D	5	6,3	74	93,7	79	100,0	
Classe E	11	9,2	108	90,8	119	100,0	
Grupo Total	21	7,7	252	92,3	273	100,0	
Curso							$p^{(1)} = 0,139$
Nutrição	4	9,3	39	90,7	43	100,0	
Enfermagem	8	12,5	56	87,5	64	100,0	
Educação Física	5	3,8	126	96,2	131	100,0	
Ciências biológicas	4	10,5	34	89,5	38	100,0	
Grupo Total	21	7,6	255	92,4	276	100,0	
Uso de substâncias							$p^{(1)} < 0,001$
Sim	7	35,0	13	65,0	20	100,0	
Não	14	5,5	242	94,5	256	100,0	
Grupo Total	21	7,6	255	92,4	276	100,0	
BITE Sintomatologia							$p^{(1)} < 0,001$
Comportamento alimentar compulsivo	7	58,3	5	41,7	12	100,0	
Padrão alimentar não usual	8	11,8	60	88,2	68	100,0	
Comportamento alimentar usual	6	3,1	190	96,9	196	100,0	
Grupo Total	21	7,6	255	92,4	276	100,0	
BITE Gravidade							$p^{(1)} < 0,001$
Grande intensidade	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Intensidade significativa	4	23,5	13	76,5	17	100,0	
Não significativo	15	5,9	240	94,1	255	100,0	
Grupo Total	21	7,6	255	92,4	276	100,0	

BITE: Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh; EAT: Teste de Atitudes Alimentares.

(1): Através do teste qui-quadrado

Fonte: SILVA, G. A., 2016.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

Neste estudo, o uso de substâncias para fins de emagrecimento esteve associado ($p < 0,001$) à presença do risco para TA em universitários de cursos de saúde nas duas escalas de rastreamento utilizadas. Estudos sobre consumo de substâncias para fins de emagrecimento e sua associação com o risco de TA entre universitários de cursos de saúde ainda são escassos, o que torna esse estudo pioneiro. Os resultados encontrados são relevantes por se tratarem do acompanhamento de uma população não diagnosticada e nunca antes investigada.

A frequência do risco de TA em estudantes universitários neste estudo (7,6%), segundo a escala EAT-26, é semelhante à que anteriormente foi encontrada por Legnani et al (2012), quando avaliaram as associações entre o excesso de peso corporal, presença de transtornos alimentares e distorção da imagem corporal, em universitários de educação física, de ambos os sexos ($n = 229$). Os autores verificaram um valor de 7,3% do risco de TA entre os entrevistados. Um estudo recente realizado por O'Hara, Tahboub-Schulte e Tomas (2016) usando o EAT-26, determinou uma frequência ainda mais elevada de risco para o desenvolvimento TA em estudantes universitários (30%). Outra pesquisa realizada recentemente na cidade do Recife com estudantes universitários identificou frequências significativas para o desenvolvimento de AN e BN (32,5% para mulheres e 18,4% para os homens) nesse público (LOFRANO-PRADO et al., 2015). Reis, Silva Júnior e Pinho (2014) ressaltam que prevalências de alto risco de TA maiores do que 20% são preocupantes, especialmente em estudantes da área da saúde, que apresentam maior risco de desenvolvimento de TA. Esse fato pode ser explicado pela maior imposição da sociedade sobre esses futuros profissionais da área da saúde para que eles tenham sempre um corpo magro, como exemplo de saúde e beleza para seus futuros pacientes (CARAM; LAZARINE, 2013).

A frequência do uso de substâncias para fins de emagrecimento entre os universitários pesquisados foi de 7,2%. Essa frequência é semelhante com aquelas encontradas por outros pesquisadores (TOLEDO et al., 2010; MARTINS et al., 2011). Toledo e colaboradores (2010) em seu estudo com 487 alunos universitários encontraram uma frequência de 9,0% de uso de medicamentos para emagrecer, incluindo como mais utilizados quitosana (13,1%), alcachofra, chá verde,

femproporex e sibutramina, cada um com 6,7%. Já Martins et al (2011) encontraram uma frequência de 6,8% de consumo de drogas antiobesidade em sua pesquisa com 664 estudantes universitários sobre uso de drogas antiobesidade nessa população. Eles também observaram que as drogas mais usadas foram anfepramona, cloridrato de femproporex e sibutramina, que, juntas, representavam 40,5% das drogas utilizadas.

Em estudo realizado por Massuia, Bruno e Silva (2008) com 230 estudantes do ensino superior, utilizando um questionário investigativo sobre drogas utilizadas em regimes de emagrecimento e suas consequências, verificou uma frequência de 13,04% para o consumo de drogas de emagrecimento. Outro estudo feito por Zubaran e Lazzaretti (2013), empregando um questionário validado, para investigação de uma variedade de fatores relacionados ao uso de moderadores de apetite durante a vida, com 300 estudantes matriculados no primeiro semestre dos cursos de Biologia, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Educação Física da UCS, localizada no sul do Brasil, constatou uma frequência de 15,0% de uso de moderadores de apetite pelo menos uma vez na vida.

Os pesquisadores sugerem que o consumo de substâncias para fins de emagrecimento entre o público universitário ocorre por diversos fatores, entre eles, dificuldades para perder peso, insatisfação com a imagem corporal, falta de tempo disponível para praticar alguma atividade física e/ou ter uma alimentação adequada devido às atividades acadêmicas e a busca incessante pelo estereótipo mais magro, considerado símbolo de beleza para alguns (MASSUIA; BRUNO; SILVA, 2008; TOLEDO et al., 2010; MARTINS et al., 2011; ZUBARAN; LAZZARETTI, 2013). Fortes et al (2012) ainda enfatizam que o uso de anorexígenos está entre os métodos compensatórios inadequados mais procurados para o controle da massa corporal associado a multifatores em pacientes portadores de TA.

A estética foi apontada (70%) como um dos principais motivos que levaram os estudantes a buscarem as substâncias para fins de emagrecimento, tendo como fundamental objetivo de uso dessas substâncias o emagrecimento, observado em 90% dos casos. Nesse sentido, Silva, Silva e Oyama (2013) reforçam que a incessante busca por um corpo magro e bonito, as propagandas disseminadas pela mídia sobre a beleza do corpo esguio e a associação da obesidade com a incidência de doenças sistêmicas, faz com que surjam em todo o mundo os mais diversos

tratamentos para perda do peso excessivo. Os autores ainda citam os anorexígenos ou a combinação desses com outras substâncias (polifarmácia) como sendo um dos principais métodos para perda de peso entre as pessoas que buscam o perfil estético da magreza.

O que esses estudantes não levam em consideração ao fazer o uso dessa terapêutica são os efeitos colaterais causados pelo consumo indiscriminado desses medicamentos, tais como: problemas dentários, ansiedade, insônia, alterações do humor e comportamento violento. Além desses, há ainda distúrbios psicóticos, entre eles a paranoia, alucinações visuais e auditivas e ilusões (SILVA; SILVA; OYAMA, 2013; KONFLANZ; SILVA; DALLAGNOL, 2014).

8 CONCLUSÃO

O consumo de substâncias para fins de emagrecimento entre universitários dos cursos de saúde do Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV) está relacionado com a presença do risco de transtornos alimentares.

Sugere-se que o uso de substâncias para fins de emagrecimento atrelado a fatores ambientais, psicológicos, sociais e familiares, pode estar associado com o risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde.

Propõem-se a implantação de mais estudos sobre transtornos alimentares entre universitários em outros centros acadêmicos, assim como a elaboração de ações de saúde dentro das instituições de ensino superior de cursos de saúde para prevenção do aparecimento do risco e diagnóstico precoce dessas enfermidades.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Relatório Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC)**. [Brasília]: ANVISA, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sngpc/relatorio_2009.pdf> Acesso em: 31 jun. 2016.
- ALVARENGA, M. S; SCAGLIUSI, F. B. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. Campinas, **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 5, p. 907-918, set./out. 2010.
- ALVARENGA, M. S; SCAGLIUSI, F. B; PHILIPPI, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, p. 3-7, 2011.
- ALVARENGA, M. S. et al. Validation of the disordered eating attitude scale for adolescents . São Paulo, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 36-43, 2016.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**. Washington, DC: APA Press, 2013.
- ANDRIOLO, D. S. M. et al. Investigação da presença de anorexígenos, benzodiazepínicos e antidepressivos em formulações fitoterápicas emagrecedoras. **Revista Instituto Adolfo Lutz**, v. 71, n. 1, p. 148-52, 2012.
- ASSUMPÇÃO, C. L; CABRAL, M. D. Complicações da Anorexia e Bulimia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24 (Supl III), p. 29-33, 2002.
- BAILEY, A. P. et al. Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people. **Journal of Eating Disorders**, v. 2, n. 5, 2014.
- BEHAR, R. Anorexígenos: indicações e interações. **Revista chilena de neuropsiquiatria**, Santiago, v. 40, n. 2, p. 21-36, abr. 2002.
- BIGHETTI, F; SANTOS, C. B; SANTOS, J. E; ROSANE, P. P. Tradução e validação do eating attitudes test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.
- BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares: quadro clínico. Simpósio: Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas, Capítulo IV, **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, jul./ set. 2006.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 25 de setembro de 2014. Dispõe sobre as medidas de controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que contenham as substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem

como intermediários e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 52, de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre a proibição do uso das substâncias anfepramona, femproporex e mazindol, seus sais e isômeros, bem como intermediários e medidas de controle da prescrição e dispensação de medicamentos que contenham a substância sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 out. 2011.

_____. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 fev. 1999.

CAMPBELL, K; PEEBLES, R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. **Pediatrics**, v. 134, n. 3, September. 2014.

CARAM, A. L. A; LAZARINE, I. F. Atitudes alimentares em universitários dos cursos de Nutrição, Educação Física e Psicologia de uma instituição privada. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 31, n. 1, p. 71-4, 2013.

CARVALHO, G. A. Emagrecimento e tireóide: um longo caminho. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 9, p. 1415-1416, 2007.

CARVALHO, P. H. B. et al. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 2, p.108-114, 2013.

CINTRA, J. D. S. **Avaliação das concentrações de cortisol salivar em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares**. 2015.41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) Universidade Federal de Pernambuco- CAV, Vitória de Santo Antão, 2015.

CORDÁS, T. A; HOCHGRAF, P. O. O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 42, p. 141-144, 1993.

CORDÁS, T. A; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24 (Sup III), p. 3-6, 2002.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.

COUTINHO, W. The first decade of sibutramine and orlistat: a reappraisal of their expanding roles in the treatment of obesity and associated conditions. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 263-268, Mar. 2009.

DEJONG, H. et al. Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 43, 2013.

FABBRI, A. D. et al. Ghrelin and eating disorders. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 52-62, 2015.

FORTES, L. S. et al. Insatisfação corporal e comportamento alimentar inadequado em jovens nadadores segundo níveis econômicos e competitivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 20-4, 2012.

FORTES, L. S. et al. Comparação do comportamento de risco para transtornos alimentares entre adolescentes atletas e não atletas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 4, p. 296-302, 2015.

FREITAS, S; GORENSTEIN, C; APPOLINARIO, J. C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24 (Sup III), p. 34-8, 2002.

FREITAS, C. M. S. M. et al. O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 389-404, jul./set. 2010.

GARNER, D. M; GARFINKEL, P. E. The Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 9, p. 273-279, 1979.

GONÇALVES, J. A. et al. Eating disorders in childhood and adolescence. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013.

HALPERN, A. et al. Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Capítulo VI - Tratamento Farmacológico do Obeso Aspectos Relacionados ao Cardiologista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78 (sup I), 2002.

HENDERSON, M; FREEMAN, C. P. L. A. A Self-rating Scale for Bulimia The 'BITE'. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 150, p. 18-24, 1987.

HERPERTZ-DAHLMANN, B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, v. 18, n. 1, p. 31- 47, 2009.

HERZOG, M. et al. Elasticity in portion selection is predicted by severity of anorexia and food type in adolescents. **Appetite**, v. 103, p. 87-94, 2016.

LATTERZA, A. R. et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LEGNANI, R. F. S. et al. Transtornos alimentares e imagem corporal em acadêmicos de Educação Física. **Motriz**, v. 18, n. 1, p. 84-91, 2012.

LIAO, Y. et al. Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in Chinese medical university students. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 59, n.6, p.578-585, 2013.

LOFRANO-PRADO, M. C. et al. Eating disorders and body image dissatisfaction among college students. **Conscientiae Saúde**, v. 14, n. 3, p. 355-362, 2015.

LUCAS, A. C. S. et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 663-671, mar. 2006.

MAGALHÃES, V. C; MENDONÇA, G. A. S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 236-45, 2005.

MANCINI, M. C; HALPERN A. Tratamento Farmacológico da Obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 497-513. Out. 2002.

MARTINS, M. C. C. et al. Uso de drogas antiobesidade entre estudantes universitários. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 5, p. 570-576, 2011.

MASSUIA, G. R; BRUNO, T. I. B; SILVA, V. L. Regime de emagrecimento X utilização de drogas. **Pensamento Plural: Revista Científica do UNIFAE**, São João da Boa Vista, v. 2, n. 1, 2008.

MEHLER, P. S; BROWN, C. Anorexia nervosa: medical complications. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 3, 2015.

MELO, C. M; OLIVEIRA, D. R. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2523-2532, 2011.

MINTZ, L. B; O'HALLORAN, M. S. The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV Eating Disorders Criteria. **Journal of Personality Assessment**, v. 74, p. 489-503, 2000.

MOND, J. M. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 33, 2013.

MOREIRA, F; ALVES, A. A. Utilização de anfetaminas como anorexígenos relacionadas à obesidade. **Revista Científica da FHO**, Uniararas, v. 3, n. 1, 2015.

NERI, M. C. (coord). **A Nova Classe Média: o lado brilhante dos pobres**. Rio de Janeiro: FGV, [2010]. Mimeografado. Disponível em: http://www.cps.fgv.br/ibrecps/ncm2010/NCM_Pesquisa_FORMATADA.pdf, acesso em 02 de junho de 2016.

NICHOLLS, D. et al. Childhood risk factors for lifetime bulimic or compulsive eating by age 30 years in a British national birth cohort. **Appetite**, v. 105, p. 266-273, 2016.

NUNES, M. A. et al. O teste de atitudes alimentares (EAT-26) em adolescentes de Porto Alegre. **Arquivos de Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise**, v. 1, n. 1, p. 132-134, 1994.

NUNES, M. A. et al. The validity and 4-year test-retest reliability of the brazilian version of the eating attitudes test -26. **Brazilian Journal Of Medical and Biological Research**, v. 38, n. 11, p. 1655-1662, 2005.

O'HARA, L; TAHBOUB-SCHULTE, S; TOMAS, J. Weight-related teasing and internalized weight stigma predict abnormal eating attitudes and behaviours in Emirati female university students. **Appetite**, v. 102, p. 44-50, 2016.

OLIVEIRA, L. L; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no Mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity Presenting and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity**. Genebra: OMS, 1998.

KACHANI, A. T; CORDÁS, T. A. Anorexia nervosa e retardo mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 57-63, 2011.

KIRSTEN, V. R; FRATTON, F; PORTA, N. B. D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 219-227, mar./abr., 2009.

KONFLANZ, K. L; SILVA, J. M; DALLAGNOL, B. G. Uso de anfetamínicos e de anorexígenos por estudantes no município de Santo Ângelo – RS. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 40, n. 2, p. 81-86, Jul./Dez. 2014.

PRADRO, M. C. L. **Associação entre transtornos alimentares, fatores orexígenos, anorexígenos, perinatais e neonatais em universitários**. 2012. 125 f. Tese (Doutor em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2012.

PIRES, R. et al. Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Revista Medicina**, São Paulo, v. 89, n.2, p.115-123, Abr./Jun. 2010.

REIS, J. A.; SILVA JÚNIOR, C. R. R.; PINHO, L. Fatores associados ao risco de transtornos alimentares entre acadêmicos da área de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p- 73-8, 2014.

RIBEIRO, L. GUIMARÃES. **Comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais**. 2007. 96 f. Dissertação (Mestre em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde Instituição de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANT'ANNA, A. C. N. **Transtorno alimentar na adolescência**. 2014. 80 f. Monografia (Bacharel em Nutrição) - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória do Espírito Santo, 2014.

SCHERER, F. C. et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Santa Catarina, v. 59, n. 3, p. 198-202, 2010.

SHARONDA, A. et al. **Diagnostic Criteria for Eating Disorders-DSM V**. Approaching the Adolescent Patient with an Eating Disorder-Primed, 2015. Disponível em: <<http://www.primed.com/DigitalAssets/Shared%20Files/Spring%202015%20Syllabus%20Files/Annual-Southwest%202015/Eating%20Disorders%20Handout.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2016.

SIGEL, E. Eating disorders. **Adolescent Medicine: State of the Art Reviews**. v. 19, n. 3, p. 547–572, 2008.

SILVA, B. L.; ALVES, C. M. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: diagnóstico e tratamento em uma visão multiprofissional. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Patos de Minas: UNIPAM, v. 3, p. 1-17, 2011.

SILVA, J. D. et al. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3399-3406, 2012.

SILVA, J. R.; OLIVEIRA, E. N. F.; FERREIRA, A. G. Avaliação do consumo de anorexígenos derivados de anfetamina em cidades de Goiás. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 9-19, 2012.

SILVA, L. F. O.; SILVA, F. V. M.; OYAMA, S. M. R. Prevalência do uso de medicamentos para emagrecer entre universitárias. **Revista Recien**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 19-26, 2013.

SILVA, T. A. B. et al. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p.154-158, 2012.

SOUZA, A. A. et al. Estudo sobre a anorexia e bulimia nervosa em universitárias. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 2, p. 195-198, Abr./Jun. 2011.

SOUZA, A. C. S. et al. Atitudes em relação ao corpo e à alimentação de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 1-7, 2014.

SOUZA, A. P. L; PESSA, R. P. Tratamento dos transtornos alimentares: fatores associados ao abandono. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Ribeirão Preto, v. 65, n. 1, p. 60-7, 2016.

SURGENOR, L. J; MAGUIRE, S. Assessment of anorexia nervosa: an overview of universal issues and contextual challenges. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 29, 2013.

TEIXEIRA, M. D. et al. Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 135-140, 2016.

TOLEDO, O. R. et al. Uso de medicamentos para perda de peso e índice de massa corporal em universitários do Vale do Araguaia (MT/GO), Amazônia Legal. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 6, p. 480-485, Nov./ Dez. 2010.

TREASURE, J; CLAUDINO, M. A; ZUCKER, N. Eating disorders. **Lancet**, v. 375, p. 583-93, 2010.

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

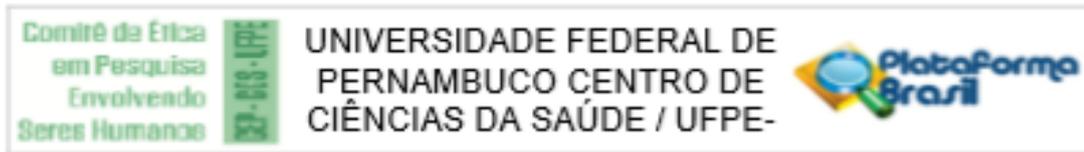
XIMENES, R. C. C. **Transtornos alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência**. 2008. 188 f. Tese (Doutor em Ciências) – Universidade Federal de Pernambuco. C.C.S. Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, Recife, 2008.

XIMENES, R; COUTO, G; SOUGEY, E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. **International Journal of Eating Disorders**, v.43, n.1, p.59-64, 2010.

ZIPFEL, S. et al. Anorexia nervosa: a etiology, assessment, and treatment. **Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 10, 2015.

ZUBARAN, C; LAZZARETTI, R. Uso de moderadores de apetite entre estudantes da área da saúde na Região Sul do Brasil. **Einstein**, v. 11, n. 1, p. 47-52, 2013.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE ANOREXÍGENOS EM UNIVERSITÁRIOS COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Pesquisador: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51602415.9.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.480.108

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa bem argumentado. Ele se apresenta como um estudo epidemiológico de corte transversal e de base populacional de fácil realização e de baixo custo.

Objetivo da Pesquisa:

Partindo da hipótese que os estudantes de cursos de saúde que possuem sintomas positivos pra transtornos alimentares apresentam maior consumo de anorexígenos, estuda-se uma associação entre a sintomatologia e esse comportamento alimentar de risco. O objetivo principal consiste em determinar a relação entre consumo inadequado de anorexígenos em estudantes universitários com sintomas de transtornos alimentares. Em seguida, visa-se Mapear o perfil biodemográfico dos estudantes universitários da área da saúde da população utilizada; Determinar a prevalência do uso de anorexígenos em universitários de cursos da área da saúde; Identificar possíveis sintomas de transtornos alimentares; Analisar comportamentos alimentares inadequados, uso de anorexígenos e dados sociodemográficos

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

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

Por favor, responda às seguintes questões, segundo a legenda:

S= Sempre; MF= Muito frequentemente; F= Frequentemente; AV= Às vezes; R= Raramente; N= Nunca

S	MF	F	AV	R	N	
						1. Costumo fazer dietas.
						2. Como alimentos dietéticos.
						3. Sinto-me mal após comer doces.
						4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.
						5. Evito alimentos que contenham açúcar.
						6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).
						7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).
						8. Gosto de estar com o estômago vazio.
						9. Quando faço exercício, penso em queimar calorias.
						10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.
						11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.
						12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.
						13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.
						14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.
						15. Vomito depois de comer.
						16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.
						17. Passo muito tempo pensando em comida.
						18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.
						19. Sinto que a comida controla a minha vida.
						20. Corto minha comida em pedaços pequenos.
						21. Levo mais tempo que os outros para comer.
						22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.
						23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.
						24. Sinto que os outros me pressionam a comer.
						25. Evito comer quando estou com fome.
						26. Demonstro autocontrole em relação à comida.

ANEXO C– Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh (BITE)

1. Qual é a sua altura? _____
2. Qual é o seu peso atual? _____
3. Qual é o peso máximo que você já apresentou? _____
4. Qual é o peso mínimo que você já apresentou? _____
5. Qual é, no seu entender, seu peso ideal? _____
6. Você se sente em relação a seu peso:
 - () muito gordo(a) (5)
 - () gordo(a) (4)
 - () médio(a) (3)
 - () abaixo do peso (2)
 - () muito abaixo do peso (1)
7. Você tem períodos menstruais regulares?
 - () sim
 - () não
8. Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições?

	Todos os dias	5 dias/semana	3 dias/semana	1 dia/semana	Nunca
Café da manhã	1	2	3	4	5
Almoço	1	2	3	4	5
Jantar	1	2	3	4	5
Lanches entre as refeições	1	2	3	4	5

9. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser esclarecido(a) quanto à sua orientação?
 - () sim
 - () não
10. Você alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento ?
 - () sim
 - () não
11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar?
 - () sim
 - () não
12. Caso sim, descreva com detalhes:

-
1. Você tem um padrão de alimentação diário regular?
 - () sim
 - () não
 2. Você segue uma dieta rígida?
 - () sim
 - () não
 3. Você se sente fracassado quando quebra sua dieta uma vez?
 - () sim
 - () não
 4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?
 - () sim
 - () não
 5. Você já jejuou por um dia inteiro?
 - () sim
 - () não
 - *6. Se já jejuou, qual a frequência?

- dias alternados(5)
 2 a 3 vezes por semana(4)
 1 vez por semana(3)
 de vez em quando(2)
 somente 1 vez(1)

*7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?

x dia	Nunca	De vez em quando	1x/sem.	2 a 3x/sem.	Diariamente	2 a 3x/sem.	5 ou +
tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7
tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
tomar laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Vômitos	0	2	3	4	5	6	7

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?

- sim não

9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida?

- sim não

10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente?

- sim não

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

- sim não

12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho (a)?

- sim não

13. Você sempre pode parar de comer quando quer?

- sim não

14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?

- sim não

15. Quando você se sente ansioso (a), tende a comer muito?

- sim não

16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?

- sim não

17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?

- sim não

18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares?

- sim não

19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?

- sim não

20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto?

- sim não

21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição?

- sim não

22. Você engana os outros sobre quanto come?

- sim não

23. Quanto você come é determinado pela fome que sente?
 sim não
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação?
 sim não
25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal?
 sim não
26. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)?
 sim não
- *27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?
 quase nunca (1)
 uma vez por semana (3)
 diariamente (5)
 1 vez por mês (2)
 2 a 3 vezes por semana (4)
 2 a 3 vezes por dia (6)
28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?
 sim não
29. Se você come demais, você se sente muito culpado (o)?
 sim não
30. Você já comeu escondido (a)?
 sim não
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais?
 sim não
32. Você se considera alguém que come compulsivamente?
 sim não
33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana?
 sim não

APÊNDICE A – Questionário sobre consumo de medicações

- 1- Você já utilizou remédio para emagrecer?
() Sim () Não
- Caso não, pule para a pergunta 9.
2. Esta medicação foi utilizada **COM** orientação médica?
() Sim () Não
- 3- Quais dessas medicações você já fez uso?
() Sibutramina
() Femproporex
() Anfepramona
() Mazindol
() Outro: _____
- 4- Por quanto tempo você utilizou remédio para emagrecer?
() 1 semana () 3 meses () Ainda utilizo
() 2 ou 3 semanas () 6 meses
() 1 mês () 9 meses ou mais
- 5- Qual objetivo lhe motivou a tomar esse medicamento?
() Problemas de saúde () Estética () Curiosidade () Outro
- 6- Qual foi seu objetivo ao tomar esse medicamento?
() Recuperação de uma enfermidade () Emagrecimento
() Outros _____
- 7- Da (s) vez (es) que tomou esse remédio você atingiu o objetivo esperado?
() sim () não
- 8- Os conhecimentos que adquiridos no curso influenciam na tomada de decisão do uso de remédios para emagrecer?
() Sim () Não
- 9- Você tem acesso a remédios para emagrecer no seu local de estágio, trabalho ou estudos?
() Sim () Não

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Uso de Anorexígenos em Universitários com Sintomas de Transtornos Alimentares”, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, Endereço: Rua Benjamim Constant, 204 Torre APT 21, Recife – Pernambuco. CEP: 50710150 – Telefone: (81) 99999-4033, e-mail para contato: rosanaximenes@gmail.com. Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Joanna D'arc de Souza Cintra (81) 99927-7322, Gabriela Avelino da Silva (81) 99598-9510, Alisson Vinicius dos Santos (81) 99709-0689, Vanigleidson Silva do Nascimento (81) 99658-2747, Everton Botelho Sougey, Flávia Maria Nassar de Vasconcelos, Paula Rejane Beserra Diniz e Geraldo bosco lindoso couto. E está sob a orientação da Dr^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes: Telefone: (81) 99999-4033, e-mail: rosanaximenes@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivo determinar a relação entre consumo inadequado de anorexígenos em estudantes universitários com sintomas de transtornos alimentares;
- O estudante universitário irá responder a perguntas relacionadas à alimentação e à economia da família e ao uso de medicamentos anorexígenos;
- O aluno 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;
- 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;
- O estudante universitário não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo.
- **RISCOS:** Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o universitário possa ter ao responder os questionários. Como se trata apenas de uma observação, a possibilidade de ocorrer algum problema é pequena. Sendo assim, essa pesquisa confere um grau mínimo de risco.
- **BENEFÍCIOS:** Caso os estudantes tenham alguma indicação de tratamento, será encaminhado ao NAEPS (Núcleo de Assessoramento em Educação Permanente em Saúde) da UFPE/CAV e receberá as devidas instruções.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Uso de Anorexígenos em Universitários com Sintomas de Transtornos Alimentares”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento e/ou assistência.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa

e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: