

ROSANA CHRISTINE CAVALCANTI XIMENES



**TRANSTORNOS ALIMENTARES DE ORDEM
COMPORTAMENTAL E SUA REPERCUSSÃO SOBRE A
SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA**

Tese apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadores:

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Dr. Geraldo Bosco Lindoso Couto

Recife

2008

Folha de aprovação

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

1ª DEFESA
 DE TESE

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA DOUTORANDA ROSANA CHRISTINE CAVALCANTI XIMENES

No dia 25 de julho de 2008, às 9h, no Auditório Prof. Murilo La Greca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco os Professores: Olga Garcia Falceto, Doutora Professora do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos, Doutora Professora do Departamento de Odontologia da UFPE; Adelson Antonio da Silva Santos, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE; Marcelo Moraes Valença, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE e Everton Botelho Sougey Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda sobre a sua Tese intitulada :“**TRANSTORNOS ALIMENTARES DE ORDEM COMPORTAMENTAL E SUA REPERCUSSÃO SOBRE A SAÚDE BUCAL NA ADOLESCÊNCIA**”. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª Drª Olga Garcia Falceto aprovada com distinção
 Profª Drª Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos aprovada com distinção
 Prof. Dr. Adelson Antônio da Silva Santos aprovada com distinção
 Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença aprovada com distinção
 Prof. Dr. Everton Botelho Sougey aprovada com distinção

Olga Garcia Falceto Marcia Vasconcelos
 Profª Drª Olga Garcia Falceto Profª Drª Márcia Maria Vendiciano Barbosa Vasconcelos
Adelson Antonio da Silva Santos
 Prof. Dr. Adelson Antônio da Silva Santos Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Everton Botelho Sougey
 Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
 Presidente da Banca Examinadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**REITOR**

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**DIRETOR**

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

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

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

CORPO DOCENTE

Prof. Dr. Adelson Antônio da Silva Santos
Profa. Dra. Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa
Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Prof. Dr. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira
Prof. Dr. Luís Ataíde Júnior
Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença
Profa. Dra. Maria Carolina Martins
Profa. Dra. Maria Lúcia Simas
Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima
Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho
Profa. Dra. Pompéia Villachan Lyra
Prof. Dr. Raul M. de Castro
Profa. Dra. Sheva Maia da Nóbrega
Profa. Dra. Sílvia Regina de Moraes
Prof. Dr. Wilson Farias da Silva

“Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.
 Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do vôo.
 Pássaros engaiolados são pássaros sob controle.
 Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser.
 Pássaros engaiolados sempre têm um dono.
 Deixaram de ser pássaros.
 Porque a essência dos pássaros é o vôo.
 Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados.
 O que elas amam são pássaros em vôo.
 Existem para dar aos pássaros coragem para voar..
 Ensinar o vôo, isso elas não podem fazer, porque o vôo já nasce dentro dos pássaros.
 O vôo não pode ser ensinado.
 Só pode ser encorajado.”

Rubem Alves

Aos meus grandes “mestres da vida”:

Jesus Cristo, o maior de todos os mestres,
 que me ensinou a sabedoria da vida, a controlar as emoções,
 a não ter medo de viver e a superar todas as dificuldades;

Meus pais, **Rubem e Izabel**,
 que me incentivaram em meus estudos,
 que trabalharam e investiram em meu caráter
 e em minha vida profissional;

Minha filha, **Isabela**,
 o maior presente que Deus me concedeu,
 que me ensinou o maior amor do mundo;

Meu querido Professor **Geraldo Bosco**,
 meu grande mestre e exemplo profissional e de vida.
 “O professor se liga à eternidade; ele nunca sabe onde cessa a sua
 influência” (Henry Adams)

AGRADECIMENTOS

Agradeço às seguintes pessoas pelo apoio na elaboração desta tese:

Ao **Professor Everton Botelho Sougey**, pela paciência, pelo cuidado, preciosa orientação, disponibilidade, apoio e incentivo em todos os momentos, por me ensinar que “há escolas que são asas”.

Ao **Professor Geraldo Bosco Lindoso Couto**, por sua orientação, amizade e pelo privilégio de continuar aprendendo com ele.

À equipe de coleta de dados da pesquisa: **Tatiana Bertulino**, por sua incansável ajuda e organização na aplicação dos testes, na digitação do banco de dados, na seleção de escolas e de adolescentes, enfim, em todas as fases você foi um exemplo maravilhoso; **Alexandre Loureiro, Filipe Lima e Juliana Alencar**, pela ajuda na aplicação dos testes na fase piloto, validação de escalas e calibração; **Mirella Albuquerque e Wivian Lima**, pela contribuição na fase piloto e calibração; **Mirella Araújo e Carolina Angelo**, por sua enorme ajuda e organização especial na coleta de dados, aos alunos **Jamisvaldo Moura, Manoela Gabriel, Évelyn Accioly, Juliana Simoni, Raphael Fernando, Pollyanna Oliveira, Cecília Almeida, Liana Mavignier e Rodrigo Scillaz**, por sua contribuição.

À Professora **Márcia Maria Dantas Cabral de Melo**, por sua essencial colaboração na fase de calibração de examinadores.

Ao Professor **Edmilsom Mazza**, pela imprescindível ajuda com os cálculos estatísticos desde quando este estudo era apenas um projeto.

Às **Dras Olga Falceto e Patrícia Sanchez**, pela abertura que me foi dada para a aplicação do nosso protocolo no CAPS-Transtornos Alimentares da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela troca de conhecimentos e experiências.

À **Dra Maria Angélica Nunes**, psiquiatra e epidemiologista, por sua preciosa atenção e orientação na elaboração da metodologia deste estudo e na escolha cuidadosa das escalas.

À **Marcela Pires**, psicóloga, colega de pós-graduação e amiga, por sua participação na divulgação do trabalho, nos artigos e nos atendimentos dos adolescentes. Foi um presente de Deus conhecer você!

À **Dra Valência Marinho**, fonoaudióloga, pelo atendimento dos adolescentes e por tanto apoio e valorização dados ao tema.

À **Professora Viviane Colares**, por sua enorme disposição para esclarecimento de dúvidas, por sua participação nas etapas metodológicas e por me apresentar ao tema.

Aos meus colegas queridos da pós-graduação, **Fabiana Josefa, Lúcia Vasconcelos, Patrícia Filizola, Daniella Araújo, Ana Cláudia Vieira, Jaéllya Rodrigues e Fátima Aragão**, por tantos momentos de trabalhos, seminários e artigos, planejados juntos, que fortaleceram nossos laços eternos de amizade.

A **Alexandre Azevedo**, psiquiatra, por seu tão grande apoio no início deste trabalho e pela ajuda com os contatos em todo o Brasil.

Ao **Corpo Docente** do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, por me aceitarem como aluna e por transmitirem seus conhecimentos e experiências de uma forma brilhante.

À **Solange Lima Martins**, secretária do programa de Pós-Graduação, por sua incansável ajuda e paciência, desde o processo de seleção até a conclusão dos créditos das disciplinas, por seu exemplo de organização e dedicação.

Aos **diretores das escolas públicas participantes**, em especial, Lúcia Perez e Cristina, das escolas Maciel Pinheiro e Santos Dummont, por permitirem a realização de nosso estudo e nos propiciarem todas as condições necessárias para

o exame e à **Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco**, pelo fornecimento dos dados.

Aos **professores, funcionários, responsáveis e alunos** integrantes da pesquisa, que tanto cooperaram e participaram da coleta de dados.

Às queridas colegas de profissão e amigas, **Alice Kelly, Paula Valença, Sara Grinfeld e Márcia Vasconcelos** por nossa amizade, pelo apoio nas horas difíceis, pela participação no protocolo, nos projetos, nos artigos e nos trabalhos, e principalmente por tornarem nosso ambiente de trabalho tão especial.

À querida amiga **Ana de Fátima**, por cada sorriso, abraço e conselhos, em cada um dos dias de trabalho ou coleta.

À minha prima e amiga, **Izabel Cavalcanti**, pediatra e **Hermes Alfredo**, por seu acolhimento em todos os tempos em seu lar e em suas vidas, pela ajuda com contatos profissionais, pela disposição e participação em minha vida e na de Isabela.

Às grandes amigas **Robertta Souza, Glauca Luna e Renata Dias**, por todos os anos de estudo compartilhados, pela presença, pela amizade, pelos exemplos de vida. Também a **Luiz André, Malu, Mário e Helô**, por fazerem parte da vida das minhas amigas e, conseqüentemente, da minha.

Ao meu pai do coração, **Bené Paz e Rosinha**, por todas as palavras carinhosas e pela disposição na ajuda com as ilustrações das cartilhas educativas.

À minha querida **Tia Berna**, por me receber em seu lar e em seu coração com tanto carinho, em todos os tempos que precisei.

Aos queridos amigos **Daniel, Josédson, Rodrigo, Marina, Meri, Saulo e Davi**, por suas orações, pelas palavras de incentivo e apoio, pelas caronas, pelos momentos em que colocamos nossas vidas diante de Deus.

RESUMO

Os transtornos alimentares (TAs) são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. Suas primeiras manifestações são na infância e na adolescência, podendo apresentar efeitos nocivos sobre a saúde bucal. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência das principais complicações clínicas bucais encontradas entre adolescentes de 12 e 16 anos de idade, estudantes de escolas públicas estaduais na cidade do Recife, Brasil, nos anos de 2007 e 2008, que apresentavam sintomas de TAs, verificando a existência de associações entre as lesões encontradas, os gêneros, faixas etárias, fatores biodemográficos e socioeconômicos e sintomas depressivos. Foram examinados 650 estudantes através das escalas EAT-26, BITE e QAEH-D. Todos os adolescentes passaram também por um exame clínico bucal para a identificação de lesões. A prevalência de lesões bucais na população com sintomas de TAs, segundo as escalas EAT-26 e BITE, respectivamente, foi de: 33,0% e 33,1% para mucosites, com localização mais freqüente no palato; 34,4% e 27,8% para queilites; 47% e 54,4% para hipertrofia das glândulas salivares, acometendo com maior freqüência as glândulas parótidas; 52,1% e 57,3% para gengivites, cujo IPV, em sua maioria, foi considerado moderado (42,7% e 45,8%) e ISG, leve (57,2% e 52,0%); 56,7% e 59,3% para erosões dentais, mais freqüentes nas faces palatinas e linguais dos elementos anteriores; 69,3% e 66,9% para experiência de cárie, cujo CPO-D médio foi considerado como prevalência moderada (3,15 e 3,24) e 56,7% e 55,6% para bruxismo. Entre as lesões bucais foram observadas associações significativas com a presença de sintomas de TAs nas mucosites, queilites, hipertrofia das glândulas salivares e erosões, o que não

ocorreu na gengivite, na experiência de cárie e nos índices IPV, ISG e CPO-D e no bruxismo. A prevalência de adolescentes com sintomas de TAs foi de 33,1%, segundo a escala EAT-26 e 1,7% (escore elevado) e 36,5% (escore médio), na escala BITE, sendo maior entre o gênero feminino e na idade de 13 anos, apresentando associação significativa apenas no EAT-26. Com relação aos fatores socioeconômicos e biodemográficos, o fato de ter irmãos, ser o filho caçula, morar numa residência com um número de até 2 cômodos, responsáveis analfabetos ou de escolaridade de nível fundamental, segundo a escala EAT-26, mostraram associação com a presença de sintomas dos TAs. Esta associação, segundo a escala BITE, foi mostrada apenas com relação ao analfabetismo do responsável. A prevalência de sintomas depressivos na população geral foi de 29,8%, segundo a escala QAEH-D. Entre os adolescentes com sintomas de TAs, segundo as escalas EAT-26 e BITE, esta prevalência foi de 44,2% e 62,1%, apresentando associação significativa. Após a análise dos dados pode-se concluir que a presença de alterações bucais como erosões dentais, hipertrofias de glândulas salivares, mucosites e queilites está associada aos sintomas de TAs, podendo auxiliar da detecção precoce de casos subclínicos, antes da instalação da síndrome completa. O conhecimento dessas alterações por parte do dentista possibilitará o encaminhamento do adolescente a um tratamento integral, que envolve a participação de uma equipe multidisciplinar.

Descritores: saúde bucal; transtornos da alimentação; anorexia; bulimia; adolescentes.

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) are behavioral syndromes whose diagnostic criteria have been widely studied in last the 30 years. First manifestations occur in infancy and in adolescence, presenting harmful effects on the oral health. The objective of this study was to determine the prevalence of the main found oral clinical complications among adolescents from 12 to 16 years of age, students of state public schools in the city of Recife, Brazil, in the years of 2007 and 2008, that presented symptoms of ED, verifying the existence of associations between the found alterations, gender, age, biodemographic and socioeconomic factors and depressive symptoms. 650 students were evaluated through scales EAT-26, BITE and QAEH-D. All the adolescents had also passed for a dental clinical examination to identify alterations. The prevalence of oral alterations in the population with ED symptoms, according to scales EAT-26 and BITE, respectively, was of: 33.0% and 33.1% for mucositis, more frequently located in palate; 34.4% and 27.8% for cheilitis; 47% and 54.4% for hypertrophy of salivary glands, affecting parotide gland with higher frequency; 52.1% and 57.3% for gingivitis, whose Visible Plaque Index (VPI), in its majority, was considered moderate (42.7% and 45.8%) and Gum Bleeding Index (GBI), was lower (57.2% and 52.0%); 56.7% and 59.3% for dental erosions, more frequently in palatine and lingual surfaces of anterior teeth; 69.3% and 66.9% for caries experiences, whose average DMF-T (decayed, missing or filled teeth index) was considered as moderate prevalence (3,15 and 3,24) and 56.7% and 55.6% for bruxism. Among the oral alterations which had significant associations with the presence of symptoms of ED were mucositis, cheilitis, hypertrophy of salivary glands

and teeth erosions; however it did not occur in gingivitis, caries experience and VPI, GBI and DMF-T indexes and in bruxism. The prevalence of adolescents with ED symptoms was of 33,1%, according to scales EAT-26 and 1.7% (high scores) and 36.5% (medium scores), in scale BITE, being higher between women and in the age of 13 years, presenting significant association only in the EAT-26. With regard to the socioeconomic and biodemographic factors, the fact of having brothers, being the youngest son, living in a residence with a number of up to 2 rooms, having a responsible illiterates or of basic level of studies, according to scales EAT-26, had shown association with the presence of ED symptoms. This association, according to scale BITE, was shown only with regard to the illiteracy of the responsible. The prevalence of depressive symptoms in the general population was of 29,8%, according to scale QAEH-D. In the ED symptoms group, according to scales EAT-26 and BITE, this prevalence was of 44,2% and 62,1%, presenting significant association. After analyzing data, it could be concluded that presence of oral alterations such as dental erosions, hypertrophy of salivary glands, mucositis and cheilitis is associated to symptoms of eating disorders, helping precocious detection of sub clinical cases, before complete syndromes. The dentist knowledge about these alterations will make possible an integral treatment for the adolescent.

Descriptors: oral health; eating disorders; anorexia; bulimia; adolescents.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa pelo DSM-IV-TR e pela CID-10	47
TABELA 2 – Distribuição do número de escolas públicas estaduais que possuem alunos de 12 a 16 anos de idade por Gerência Regional	74
TABELA 3 – Distribuição do número de adolescentes por Gerência Regional no ano de 2006	74
TABELA 4 – Distribuição do número de adolescentes por Gerência Regional (GERE) e faixa etária (FE)	74
TABELA 5 – Distribuição do número de adolescentes da amostra por Gerência Regional (GERE) e faixa etária (FE)	77
TABELA 6 – Análise da concordância intra e inter-examinador para os dados da escala da ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	98
TABELA 7 – Análise da concordância intra-examinador segundo a ocorrência de alterações bucais	109
TABELA 8 – Análise da concordância intra-examinador para o exame do CPO-D	109
TABELA 9 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a idade e gênero	115
TABELA 10 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo os dados biodemográficos	116
TABELA 11 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de alterações bucais e localizações nos tecidos mole e duro	118

TABELA 12 – Avaliação do grau dos índices de sangramento gengival (ISG) e de placa visível (IPV)	119
TABELA 13 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de bruxismo e experiência de cárie	120
TABELA 14 – Avaliação de ocorrência de sintomas de transtorno alimentar (EAT-26) segundo a idade e o gênero	122
TABELA 15 – Avaliação de sintomas de transtorno alimentar (EAT-26) segundo os dados biodemográficos	123
TABELA 16 – Avaliação das alterações bucais dos tecidos moles segundo a ocorrência de sintomas de transtorno alimentar (EAT-26)	125
TABELA 17 – Avaliação de alterações bucais dos tecidos duros segundo a ocorrência de sintomas de transtorno alimentar (EAT-26)	126
TABELA 18 – Avaliação de bruxismo, experiência de cárie, IPV e ISG segundo a ocorrência de sintomas de transtornos alimentares (EAT-26)	127
TABELA 19 – Estatísticas descritivas do CPO-D e componentes segundo a ocorrência de sintomas de transtorno alimentar (EAT-26)	128
TABELA 20 Estatísticas descritivas do ISG segundo a presença de transtorno alimentar (EAT-26)	129
TABELA 21 – Estatísticas descritivas do IPV segundo a presença de transtorno alimentar (EAT-26)	129
TABELA 22 – Avaliação da presença de sintomas de bulimia (BITE) segundo a idade e gênero	130
TABELA 23 – Avaliação de sintomas de bulimia (BITE) segundo os dados biodemográficos	131

TABELA 24 Avaliação de as alterações bucais dos tecidos moles segundo a ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	133
TABELA 25 – Avaliação de as alterações bucais dos tecidos duros segundo a ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	134
TABELA 26 – Avaliação da presença de bruxismo, experiência de cárie, ISG e IPV segundo a ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	135
TABELA 27 – Estatísticas descritivas do CPO-D e componentes segundo a ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	136
TABELA 28 – Estatísticas descritivas do ISG segundo a ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	137
TABELA 29 – Estatísticas descritivas do IPV segundo a ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	137
TABELA 30 – Avaliação de sintomas de depressão segundo a ocorrência de sintomas de transtorno alimentar (EAT-26)	139
TABELA 31 – Avaliação da presença de sintomas de depressão segundo a ocorrência de sintomas de bulimia (BITE)	139
TABELA 32 – Distribuição do número de adolescentes com sintomas de depressão segundo a idade e o gênero	140

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- Distribuição dos estudos de acordo com a prevalência de transtornos alimentares	39
FIGURA 1- Mapa Geral da cidade do Recife	73
FIGURA 2 - Aplicação dos questionários	88
FIGURA 3 – Representação esquemática das fases de tradução e análise do BITE	95
FIGURA 4 – Posição do examinador e do anotador	108
GRÁFICO 1 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de sintomas de transtorno alimentar (EAT-26)	120
GRÁFICO 2 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de sintomas de bulimia (BITE)	121
GRÁFICO 3 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de sintomas depressivos (QAEH-D)	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN – Anorexia Nervosa

APA – Associação Psiquiátrica Americana

BITE – *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* – Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo

BN – Bulimia Nervosa

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

CPO-D – Índice de Cárie - Dentes Cariados Perdidos e Obturados

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

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

EDH – Escala de Depressão de Hamilton

IPV – Índice de Placa Visível

ISG – Índice de Sangramento Gengival

QAEH-D – Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para Depressão

TA – Transtorno Alimentar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	27
2.1.1 Etiologia	28
2.1.2 Epidemiologia	32
2.1.3 Características clínicas	39
2.1.4 Subtipos	41
2.1.4.1 Anorexia Nervosa	41
2.1.4.2 Bulimia Nervosa	43
2.1.5 Transtornos alimentares na adolescência	49
2.1.6 Tratamento e prognóstico	53
2.2 ALTERAÇÕES NA SAÚDE BUCAL	57
2.2.1 Complicações clínicas	57
2.2.2 Tratamento odontológico	64
3 PROPOSIÇÃO	68
3.1 OBJETIVO GERAL	68
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	68
4 METODOLOGIA	70
4.1 DESENHO DE ESTUDO	70
4.2 ÁREA DE ESTUDO	72
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA	72
4.4 AMOSTRA	75
4.5 COLETA DE DADOS	77

4.5.1 Instrumentos de avaliação	77
4.5.2 Objetividade, operacionalidade e confiabilidade dos instrumentos	80
4.5.3 Validade dos instrumentos	83
4.5.4 Identificação de adolescentes com sintomas de transtornos alimentares	87
4.5.4.1 Teste de atitudes alimentares - versão para adolescentes	88
4.5.4.2 Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo - versão para adolescentes	91
4.5.5 Identificação de adolescentes com sintomas depressivos	101
4.5.6 Exame clínico bucal	103
4.5.6.1 Calibração intra-examinador	103
4.5.6.2 Critérios utilizados durante o exame clínico bucal	109
4.5.7 Estudo Piloto	112
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	113
4.7 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE	114
4.8 PROCESSAMENTO DE DADOS	114
5 RESULTADOS	115
6 DISCUSSÃO	141
6.1 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA	141
6.2 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES SEGUNDO AS FAIXAS ETÁRIAS	143

6.3 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES SEGUNDO OS GÊNEROS	144
6.4 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES SEGUNDO OS FATORES SOCIOECONOMICOS E BIODEMOGRÁFICOS	145
6.5 PREVALÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS BUCAIS ENTRE ADOLESCENTES COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES	147
6.6 ASSOCIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES	153
7 CONCLUSÕES	154
REFERÊNCIAS	156
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BITE)	176
APÊNDICE B - Questionário com dados biodemográficos	177
APÊNDICE C – Ficha Clínica	178
APÊNDICE D – Códigos e critérios para o exame clínico bucal	180
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	182
ANEXO A - Teste de Atitudes Alimentares – versão para adolescentes (<i>Eating Attitudes Test – EAT-26</i>)	183
ANEXO B - Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo – versão para adolescentes (<i>Bulimic Investigatory Test of Edinburgh – BITE</i>)	184
ANEXO C - Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D)	186
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE	188

1 INTRODUÇÃO

O período da adolescência é considerado como um dos mais tensos na vida do indivíduo. É a transição da infância à idade adulta caracterizada por mudanças físicas, sociais, cognitivas e psicológicas. O adolescente apresenta-se, em geral, susceptível a instabilidades emocionais e a dúvidas pessoais. Nessa fase, é freqüente a presença de problemas relacionados à auto-estima, à aceitação social e à rejeição por parte de familiares e amigos.

A adolescência é também um período propenso ao desenvolvimento da insatisfação com o próprio corpo. Diante de muitas mudanças físicas, da pressão psicológica exercida pelo grupo e da sedução exercida pelos meios de comunicação, o adolescente encontra-se numa busca pelo padrão ideal de beleza. Na sociedade ocidental moderna, para desfrutar do *sucesso*, as pessoas precisam ser jovens, bonitas, magras e eficientes.

Em algumas famílias, os adultos apresentam preocupação exagerada em relação a crianças magras; estas chegam a sofrer um *bombardamento alimentar*, através de vitaminas, farinhas e complementos, para evitar o *risco de anemia*. Em compensação, na adolescência, o pânico é oposto: tudo deve ser controlado para evitar que o jovem engorde e se torne objeto de chacotas. O adolescente gordo vai *aprendendo* que seu corpo é feio e desagradável, tornando-se cada vez mais seu inimigo. Dessa forma, o adolescente pode tentar prolongar a sua infância em virtude do despreparo para enfrentar suas mudanças físicas e psicológicas presentes através do desenvolvimento de condutas patológicas como os transtornos

alimentares (TAs), especialmente a anorexia e a bulimia nervosas (KAUFMAN, 2000).

Os TAs são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Esses transtornos geralmente apresentam suas primeiras manifestações na infância e na adolescência, possuindo dois picos de prevalência: aos 14 e aos 16 anos. Entretanto, a fase inicial da adolescência, que vai dos 10 aos 14 anos, é considerada a mais atribulada em relação às mudanças físicas. Diversos especialistas da área de saúde concordam que os motivos que levam aos TAs têm origem emocional e raízes na infância (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; CAMPOS, 2002).

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, DSM-IV - TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição), ressaltam duas entidades nosológicas principais: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Embora classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva os pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmos, baseando-se quase que, exclusivamente, em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos. O transtorno da compulsão alimentar periódica foi apenas recentemente incorporado ao DSM - IV

- TR (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2001; ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA - APA, 2002; CLAUDINO; BORGES, 2002).

A AN é um transtorno do comportamento alimentar caracterizado por limitações dietéticas auto-impostas, padrões bizarros de alimentação com acentuada e rápida perda de peso induzida e mantida pelo indivíduo, associada a um temor intenso de ganhar peso, podendo levar à morte por inanição (CORDÁS; BUSSE, 1995). A BN caracteriza-se por episódios recorrentes e incontroláveis de consumo de grandes quantidades de alimento em curto período de tempo, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados como vômitos auto-induzidos, uso de laxantes e diuréticos, exercícios vigorosos, jejum e dieta restritiva, a fim de evitar ganho de peso (BACALTCHUK; HAY, 1999).

Dentre as causas principais da AN e BN na adolescência estão os fatores psicossociais como a pressão social para se ter um corpo magro. Por certo, ninguém vê beleza ou sensualidade nas esqueléticas mulheres de Biafra ou da Etiópia, vítimas da miséria e da desnutrição. Mas caso seus corpos esqueléticos fossem vestidos pelas últimas criações de estilistas europeus, elas poderiam saltar tranquilamente das páginas do noticiário internacional para as mais sofisticadas revistas de moda do mundo, onde top models magérrimas reinam soberanas. A mudança dos padrões de beleza ocorrida nas últimas décadas elevou a magreza ao ideal de beleza feminina (CAMPOS, 2002).

A sociedade ocidental rejeita e estigmatiza as pessoas gordas; a própria idéia de gordura desperta sentimentos de desprezo, de onde surge o medo de engordar. As próprias crianças também demonstram preferência por outras crianças magras. Associam a magreza à popularidade, à inteligência e à agilidade no esporte,

enquanto que as gordinhas são consideradas tolas e, o que é mais significativo, solitárias (KAUFMAN, 2000).

A mídia e o imaginário coletivo parecem estabelecer uma estreita relação entre a forma do corpo e a saúde, como se todos os regimes, dietas e exercícios físicos pudessem ser utilizados no sentido do indivíduo cuidar-se melhor, tornando-se mais saudável. No entanto, na última década, os casos de TAs proliferaram, principalmente os quadros de BN, AN e obesidade, criando-se ambulatórios de saúde específicos para o tratamento médico e psicológico. Nos últimos anos, a valorização excessiva da forma e do peso do corpo tem levado muitas pessoas, principalmente mulheres, a verdadeiros sacrifícios que podem comprometer a saúde, como dietas radicais e exercícios físicos em excesso, com o intuito de conseguirem chegar ao corpo ideal (ROMARO; ITOKAZU, 2002).

Atualmente, o modelo etiológico mais aceito para explicar a gênese e a manutenção dos TAs é o modelo multifatorial que se baseia na hipótese de que, vários fatores biológicos, psicológicos e sociais, estejam envolvidos, interrelacionando-se (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Nas últimas décadas, em decorrência de fenômenos sociológicos e culturais, tem-se verificado um crescimento na prevalência dos TAs, constituindo-se um verdadeiro problema de saúde pública. Estes requerem a atenção dos profissionais da área da saúde por apresentarem significativos graus de mortalidade e morbidade (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995).

Cerca de 8 milhões de americanos, o que corresponde a 3% da população do país, enfrentam problemas com TAs, sendo a causa do maior índice de mortalidade

entre todas as doenças de fundo emocional no país. Esses transtornos geralmente se iniciam na adolescência e juventude e por causa das diferentes expectativas da sociedade para homens e mulheres, apenas 10% desses pacientes são do gênero masculino. Existem algumas hipóteses psicanalíticas para a disparidade entre homens e mulheres. Em geral, as mulheres têm maior dificuldade em superar a fase de oralidade descrita por Freud (KAUFMAN, 2000; CAMPOS, 2002).

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

A associação entre TAs e depressão está bem estabelecida na literatura (HERZOG et al., 1992; BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1994; BREWERTON et al., 1995). As prevalências de depressão são mais altas em todos os tipos de TAs do que na população em geral. Na AN, chega a atingir 50 a 68% e na BN, de 38 a 63%, de acordo com estudos já realizados (HUDSON et al., 1983; HERZOG et al., 1992; BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1994).

Os TAs como a AN e a BN também apresentam efeitos nocivos sobre a saúde do adolescente, e mais especificamente, sobre a saúde oral. O dentista pode ser o primeiro profissional a detectar a ocorrência de TAs, pela possibilidade de diagnosticar diversas manifestações bucais desses distúrbios durante um exame odontológico rotineiro e encaminhar o paciente a uma equipe multidisciplinar. Assim, o paciente poderá ser abordado de uma forma precoce, cautelosa, gradativa e integral (XIMENES et al., 2004).

Dentre as alterações bucais relacionadas aos TAs estão as erosões dentais, provocadas por ingestão crônica de substâncias ácidas, orgânicas ou inorgânicas e pela regurgitação, levando os dentes a adquirirem uma coloração escuro-acinzentada. Em dentes restaurados, pode haver um aspecto de projeção dessas restaurações, formando ilhas, produzidas pela deterioração do esmalte adjacente. Em casos graves, as bordas incisais dos dentes são acometidas, produzindo coroas clínicas curtas e a aparência de pseudomordida aberta. Há também um aumento no índice de cáries, em decorrência da maior ingestão de carboidratos no período de hiperfagia, da diminuição do pH salivar pela regurgitação e pela própria deficiência na higiene oral (SPIGSET, 1991).

O pH ácido do conteúdo gástrico regurgitado, o trauma pela ingestão rápida de comida e pela regurgitação podem ser a etiologia de mucosites com a característica de eritema no palato. Deficiências vitamínicas e o pH ácido do conteúdo gástrico podem ocasionar queilites e gengivites (LOUZÃ NETO et al., 1995).

Pacientes com TAs podem desenvolver também o bruxismo em resposta ao estresse e a mudanças oclusais. Nos casos em que os dentes posteriores são afetados, pode ocorrer a perda da dimensão vertical (ABRAMS; RUFF; HASTINGS, 1996).

O dentista representa um elemento importante na detecção desses transtornos, na maioria das vezes, ocultado pelos pacientes. O profissional de odontologia deve ter conhecimento acerca das enfermidades desse tipo para que, baseado nos sinais e sintomas presentes, possa chegar a um diagnóstico e orientar o paciente quanto ao tratamento psicológico, farmacológico e odontológico. Através

de exame bucal e observação da conduta, pode-se ajudar a resolver esses problemas e até mesmo salvar suas vidas (MASO et al., 2001; JÁHN, 2003).

Apesar dos TAs aparecerem comumente na adolescência, ainda são poucos os estudos com essa faixa etária, embora alguns abranjam a adolescência e o início da fase adulta, buscando índices precoces de risco para o desenvolvimento das doenças (ROMARU; ITOKAZU, 2002). Os estudos são ainda mais escassos quando se relacionam à saúde bucal de adolescentes afetados por estes transtornos.

Considerando esses fatores, o objetivo deste estudo foi determinar as principais alterações bucais encontradas em adolescentes com sintomas de TAs.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os TAs – especialmente a AN e BN – têm recebido uma atenção crescente nas últimas duas décadas devido ao reconhecimento de sua prevalência e às dificuldades relacionadas ao seu tratamento. Os casos refratários estão freqüentemente associados a altos índices de mortalidade: 15% desses pacientes falecem. Formas crônicas desses transtornos ocorrem em 25% desses pacientes, caracterizando-os por baixo peso crônico ou por acentuadas flutuações de peso. As complicações metabólicas (inclusive desnutrição), as seqüelas psicológicas (transtornos de ansiedade ou de humor) e o isolamento social estão presentes em todos os casos. As famílias com história de depressão, alcoolismo e obesidade apresentam um risco maior para desenvolverem TAs. Os fatores genéticos são evidenciáveis nos casos de TAs, devido à maior freqüência de quadros idênticos em familiares de pacientes. Gêmeos monozigóticos apresentam concordância de 50%, contra 10% nos dizigóticos (LOUZÃ NETO et al., 1995).

Para diagnosticar os TAs, são relevantes a freqüência e a constância com que ocorrem. Para ser considerado transtorno, os episódios precisam repetir-se pelo menos 2 vezes por semana, durante 3 meses. Se o quadro não se prolongar pelo período mínimo de tempo definido no DSM-IV-TR, trata-se apenas de episódios esporádicos, aos quais qualquer pessoa está sujeita (CAMPOS, 2002).

As formas subclínicas são mais observadas do que as síndromes completas. Ocorrem também no gênero masculino, assim como em indivíduos de todas as classes socioeconômicas. Muito embora sejam reconhecidos como condições clínicas graves, associados a uma alta taxa de mortalidade, se distribuem como num espectro que vai de formas agudas até formas crônicas e não devem ser considerados *a priori* como possuindo natureza inexoravelmente crônica (APPOLINARIO; CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

2.1.1 Etiologia

Acredita-se que os TAs são uma soma de influências biológicas, psicológicas e sociais, onde, do ponto de vista biológico, há uma alteração no funcionamento do hipotálamo; ao nível psiquiátrico, uma resposta a relações interpessoais inadequadas ou destrutivas, depressões e estresses; ao nível social, uma busca do padrão de beleza magro, medo de engordar, utilização de dietas mágicas, produtos para emagrecer e exibição de corpos delgados nos meios de comunicação (MASO et al., 2001; RIBEIRO; BUSSE, 2002).

Fatores predisponentes:

- **Biológicos:** Pesquisas sobre neurotransmissores (norepinefrina e serotonina), mudança nos níveis de leptina, proteína secretada por adipócitos e que age no SNC promovendo menor ingestão alimentar e aumenta o metabolismo energético, e alterações no fluxo sanguíneo

cerebral tem sido estudados na patogenicidade dos TAs. Sugere-se que há falha na regulação dos sistemas neuroendócrino e neurotransmissor. As monoaminas cerebrais, moduladoras do apetite, humor e função neuroendócrina se encontram em quantidades alteradas. Grupos distintos de pesquisadores demonstraram que a hipercortisolemia encontrada na AN se deve fundamentalmente à hiperatividade do hormônio liberador de corticotropina (CRH) (GOLD et al., 1986; HOTTA et al., 1986; FISHER, 1995; CALDEIRA; D'OTTAVIANO-NÁPOLE; BUSSE, 1999).

- Familiares: Dinâmicas familiares disfuncionais marcadas por superproteção, rigidez extrema e tendência a evitar conflitos na AN e desorganização, falta de afetos e cuidados na BN são comumente observadas. Outro fator bastante comum em famílias de pacientes com TA são mães extremamente críticas e preocupadas com aparência física e peso corporal, que apresentam uma relação complicada com os alimentos e não raro possuem TA ou características de um TA. Filhos de mães com TA possuem mais de 50% de chance de desenvolver um transtorno psiquiátrico (COBELO, 2004);
- Genéticos: Os TAs e outros transtornos psiquiátricos, como depressão e abuso de substâncias são comuns em uma mesma família. Porém, ainda é incerto o tamanho da contribuição da genética para o desenvolvimento dos mesmos. Alguns estudos sugerem que familiares do gênero feminino de pacientes com AN estão mais propensos a desenvolvê-la. A hereditariedade dos TAs mostra uma taxa de 75% a 80% para AN e 45% a 55% para BN. Existem mecanismos de transmissão distintos entre

esses transtornos, com fatores ambientais predominando na BN e fatores genéticos mais atuantes na AN (STROBER, 1993; WOODSIDE, 1995; FAIRBURN; HARRISON, 2003);

- **Personalidade:** Traços comuns na AN são os obsessivos, perfeccionistas, com dificuldade de expressar sentimentos e introversão. Em relação à BN, traços impulsivos, instabilidade afetiva e sociabilidade são comuns. Baixa auto-estima é um fator de risco comum na AN e BN (GELLER et al., 2000; MORGANA; VECCHIATTIA; NEGRÃO, 2002);
- **Socioculturais:** Mudança na disponibilidade e no significado dos alimentos, mudanças no conceito de beleza e supervalorização da magreza têm sido discutidos e considerados como parte importante na etiologia dos TAs. A visão do alimento, unicamente, como fonte de energia e nutrientes tornou obsoleta sua importância emocional e social na vida das pessoas. Ao mesmo tempo, crianças e adolescentes ocidentais aprendem que magreza é sinônimo de sucesso, autocontrole, competência e atratividade sexual, o que leva a mudanças no comportamento alimentar buscando se enquadrar nos padrões. O paradoxo é que apesar da idealização da magreza e da grande oferta de dietas, tratamentos e cirurgias para emagrecer, a disponibilidade de comidas saborosas e calóricas aumenta continuamente (MORGANA; VECCHIATTIA; NEGRÃO, 2002);
- **Outros:** Experiências adversas como abuso sexual, que pode resultar em desregulação afetiva, que se manifesta numa perda do controle da impulsividade, trauma e estímulos negativos, como comentários depreciativos, recebidos ao longo do desenvolvimento, podem ser

fatores importantes na etiologia dos TAs (BALDO; WALLACE; O'HALLORAN, 1996; THOMPSON et al., 2001; NUNES et al., 2006).

Fatores precipitantes:

- Dieta para perder peso: Geralmente o principal fator desencadeante. A prática de dietas é um comportamento comum, aceito e estimulado pelas sociedades ocidentais. Dietas restritivas aumentam em 18 vezes o risco relativo de desenvolver um TA, enquanto dietas moderadas aumentam em 5 vezes este risco (HETHERINGTON, 2000);
- Situações como perdas, separações, doenças, gravidez, etc. podem corroborar para o aparecimento do TA, por provocar desorganização e reforçar sentimentos de insegurança e insatisfação (MORGANA; VECCHIATTIA; NEGRÃO, 2002; CORDÁS, 2004).

Fatores mantenedores

- Alterações neuroendócrinas, em decorrência da privação alimentar;
- Distorção da imagem corporal;
- Distorções cognitivas;
- Práticas purgativas;
- Alterações psicológicas;
- Socioculturais (MORGANA; VECCHIATTIA; NEGRÃO, 2002; CORDÁS, 2004).

2.1.2 Epidemiologia

A epidemiologia dos TAs permanece um tópico impreciso e complexo, apesar de algumas mudanças nos critérios diagnósticos, na variabilidade *intercultural* e nas taxas de incidência com o passar dos anos. Sabemos que estudos epidemiológicos de estimativas populacionais continuarão sendo influenciados pelos sistemas classificatórios vigentes: o DSM-IV- TR e o CID-10 (NUNES, 2006).

Na prevalência dos TAs, 90 a 95% dos casos ocorrem no gênero feminino e a adolescência é conhecida por ser a principal fase de desenvolvimento. Um aumento no número de casos tem sido observado em homens e mulheres de todas as idades. De acordo com diversos autores, a prevalência desses transtornos, que fica entre 1 e 4%, vem aumentando significativamente nos últimos anos (WILLI; GROSSMAN, 1983; SZMUKLER, 1985; ABOIT et al., 1993; MORANDÉ; CELADA; CASAS, 1999; POP-JORDANOVA, 2000; JONES et al., 2001).

Estudos na década de 80, nos EUA, revelaram que a AN era a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes do gênero feminino (10 a 20 mulheres para 1 homem), só perdendo para asma e obesidade. Quanto à BN, afetava 1 a 5% dessa população, sendo também mais freqüente na mulher (HSU, 1989; LUCAS et al., 1991).

Pesquisas epidemiológicas têm demonstrado que as taxas de prevalência de AN e BN giram em torno de 0,5 e 1%, respectivamente (FAIRBURN; BEGLIN, 1990; HSU, 1996). Esses transtornos são raros ainda hoje, e não há evidências de que tenham atingido proporções epidêmicas. No entanto, vários estudos vêm

consistentemente demonstrando um aumento da sua incidência nas sociedades industrializadas do Ocidente entre os anos de 1950 e 1980, quando parecem ter atingido um platô (HSU, 1996).

A AN e a BN são 20 vezes mais freqüentes em mulheres que em homens. Pode-se dizer que são raras em homens. O início se dá na adolescência ou em adultos jovens. Grupos sócio-econômicos privilegiados e profissionais como manequins e dançarinas, parecem formar o grupo de maior risco. A prevalência da AN é de 0,5% em mulheres nos Estados Unidos (LOUZÃ NETO et al., 1995).

A maior parte dos pacientes afetados pela AN é do gênero feminino, sendo que apenas 5 a 10% são homens. Em geral, o quadro inicia após a puberdade, com incidência maior ao redor dos 16 anos e o acometimento de pacientes de classes sociais mais elevadas parece ser o mais freqüente (CORDÁS; BUSSE, 1995).

A prevalência é maior entre irmãs – entre 3 e 10%, o que excede em muito as expectativas normais. Igualmente relevante é a agregação familiar de hábitos alimentares peculiares, história anterior de dificuldades com controle de peso, regimes e quadros fóbicos, além da depressão. Parentes de primeiro grau de indivíduos com AN exibem um risco aproximadamente 10 vezes maior de apresentar a doença (CORDÁS; BUSSE, 1995; LOUZÃ NETO et al., 1995).

Pressões profissionais, como as que ocorrem com modelos, bailarinas e jôqueis, podem exercer marcante influência (KAUFMAN, 2000).

Ocorrem predominantemente em mulheres jovens, com uma prevalência pontual de 0,28% e taxas de prevalência no longo da vida oscilando entre 0,3% e

3,7% em todo o mundo. Existem dois picos de prevalência: aos 14 e aos 16 anos (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A BN afeta adolescentes, geralmente entre 15 e 17 anos; entretanto, por se tratar de um hábito secreto, até o paciente procurar um tratamento, o mesmo encontra-se entre 20 e 30 anos de idade (CALDEIRA; D'OTTAVIANO-NÁPOLE; BUSSE, 1999).

Os TAs são mais freqüentes em pacientes do gênero feminino, na proporção de 9:1. Chega a atingir 40% de mulheres universitárias americanas e 1,7% das mulheres australianas. Cerca de 90% dos pacientes são mulheres jovens, solteiras, de classe média e alta. A doença parece ser mais comum em países mais desenvolvidos e classes econômicas mais elevadas, embora tais dados precisam ainda de um diagnóstico mais acurado (KAUFMAN, 2000).

É extremamente rara antes dos 12 anos. O transtorno é característico das mulheres jovens e adolescentes, com prevalência de 1,1% a 4,2% neste grupo da sociedade americana (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A BN atinge mais fortemente indivíduos do gênero feminino, na proporção de 9 para 1, e aparece no início da idade adulta, por volta dos 25 anos. Algumas pesquisas sugerem que 4% das mulheres universitárias nos Estados Unidos são portadoras de BN. Cerca de 50% dos pacientes anoréxicos se tornam bulímicos. No entanto, a BN ainda é rara em crianças (LEITE; PINTO, 2001).

Llabaca; Letelier (1999) encontraram uma prevalência de 9,86% para condutas associadas aos TAs em estudantes universitários na Espanha – 12,6% eram

mulheres e 3,49% eram homens. Cerca de 20% das mulheres apresentavam condutas como realização de dietas e seleção de alimentos.

A incidência de TAs praticamente dobrou em 20 anos nos Estados Unidos, no período de 1975 a 1995. Especificamente em relação à AN, o número de casos novos por ano teve um aumento constante entre 1975 e 1984 em adolescentes de 10 a 19 anos. Sua prevalência varia de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas, sendo a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes, só perdendo para a obesidade e a asma (FISHER et al., 1995).

A prevalência da AN e BN tem aumentado nos últimos anos, não existindo dados estatísticos para o Brasil. Na Inglaterra, a prevalência da AN varia entre 0,1 e 1% entre jovens do gênero feminino, com 4.000 novos casos por ano. A idade média de ocorrência é aos 16 anos, com uma maior prevalência entre 12 e 13 anos. Cerca de 90 a 95% dos casos são mulheres brancas jovens, afluentes e com inteligência pelo menos normal. A BN é mais comum, com prevalência entre 1 e 2% entre meninas jovens, sendo que em relação ao gênero ocorre em uma proporção de 10:1 em favor do gênero feminino. A idade média de ocorrência é aos 25 anos (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

A AN afeta cerca de 0,5% das mulheres (crescendo entre homens) e a BN, de 1% a 2% da população geral do Brasil (CORDÁS, 2001).

A morbidade e mortalidade associadas aos TAs são expressivas. A AN apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os distúrbios psiquiátricos, cerca

de 0,56% ao ano no Brasil. Este valor é cerca de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral. As principais causas de morte são: complicações cardiovasculares, insuficiência renal e suicídio (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Um importante fator de risco para o desenvolvimento de TAs em homens é a homossexualidade. Nos EUA, cerca de 20% da população de homossexuais masculinos sofre de um TA. Sugere-se que entre as mulheres, ao contrário, a orientação homossexual teria um papel protetor, entretanto o número limitado de estudos não permite fazer qualquer afirmação nesse sentido. Estima-se que 42% dos homens com BN sejam homossexuais ou bissexuais. Já na AN, as taxas são imprecisas, pois mais da metade dos pacientes são *assexuados*, ao invés de terem uma opção sexual definida (MELIN; ARAÚJO, 2002).

Os TAs podem ser encontrados em todas as classes sociais e afetam principalmente mulheres jovens (BACALTCHUK; HAY, 1999). Sendo assim, tanto a classe social, quanto o status profissional e a educação não são associados com o aumento do risco para o seu desenvolvimento, entretanto o número de dietas hipocalóricas, o abuso sexual e o fato de já terem estado acima do peso são significativamente associados (FAVARO; FERRARA; SANTONASTASO, 2003).

Apesar de a presença dos TAs ser significativamente maior nas mulheres, a prevalência no gênero masculino tem aumentado nos últimos anos. Em relação à idade, o pico de prevalência entre escolares correspondente a algum grau de desordem alimentar fica na faixa etária de 11 a 16 anos (adolescência precoce e

início da média) (MARCHI; COHEN, 1990; ABOTT et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER et al., 1995; MAHAN; STUMP, 1998; MARÍN, 2002; VILELA et al., 2004).

No Brasil, os TAs também tem tido destaque crescente, derrubando mais um dos antigos preconceitos acerca de tais quadros em países em desenvolvimento (APPOLINÁRIO; CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Em um estudo realizado por Vilela et al. (2004), foi encontrada uma prevalência de 13,3% para possíveis TAs em crianças e adolescentes de 7 a 19 anos estudantes de escolas públicas nas cidades de Dionísio, Inhaúma, Bom Jesus, Nossa Senhora do Carmo e Ipoema, no interior do Estado de Minas Gerais, provavelmente casos subclínicos, com predomínio do gênero feminino.

No estudo realizado por Ximenes (2004), foi encontrada uma prevalência de 17,4% entre adolescentes com 14 anos com sintomas de TAs na cidade de Recife, sendo observada uma associação significativa entre sintomas de TAs e gênero, com a prevalência mais elevada no gênero feminino.

Os estudos epidemiológicos apresentam alguns problemas metodológicos, como a seleção da população e a identificação de casos. São problemas específicos dos TAs a baixa prevalência na população em geral, a tendência dos indivíduos de ocultar a doença e a evitação da busca de profissionais qualificados para tratá-los, tornando necessário estudar um grande número de indivíduos da população para obter resultados confiáveis. Assim, o tempo e o custo operacional dos estudos são bastante elevados. Inúmeras estratégias são empregadas para contornar o problema, em particular, a utilização de dados oriundos de relatos de casos, prontuários hospitalares e pesquisa em populações específicas. Toda pesquisa que

utiliza dados secundários apresenta limitações. Os dados obtidos por meio de registros de casos geralmente representam aqueles detectados, na sua maioria, em regime hospitalar e, algumas vezes, em tratamento ambulatorial. Os casos tratados representam a minoria de todos os casos (NUNES, 2006).

É preciso considerar com cautela as informações sobre o aumento da incidência dos TAs. O desenvolvimento do conhecimento nessa área e a intensa divulgação sobre o assunto podem ter levado a um maior reconhecimento dos casos e à maior utilização dos serviços especializados, causando um aumento apenas aparente das taxas de incidência (LUCAS et al., 1999).

Os trabalhos epidemiológicos também fornecem informações relevantes sobre a distribuição dos TAs, que são claramente mais prevalentes entre mulheres do que em homens, numa proporção de 10:1 (HSU, 1996). Embora se acredite que ocorram mais freqüentemente entre indivíduos de raça branca, existem vários estudos demonstrando sua ocorrência em outros grupos raciais. Em relação ao nível socioeconômico, os TAs tem sido classicamente associados aos estratos mais altos da sociedade. Recentemente, no entanto, diversos autores têm questionado essa relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava (NUNES, 2006).

O quadro 1 apresenta a distribuição de alguns estudos nacionais e internacionais acerca da prevalência de TAs em diferentes populações ao longo dos anos, mostrando diferenças nas taxas, na maior parte das vezes, relacionadas aos métodos de investigação populacional. Os estudos mais antigos utilizavam dados obtidos em prontuários hospitalares de pacientes internados pelas complicações dos TAs; os mais recentes, utilizaram escalas de rastreamento.

AUTORES	ANO	LOCAL	POPULAÇÃO	PREVALÊNCIA
Willi; Grossman	1983	Suíça	Homens e mulheres	1, 12%
Szmukler	1985	Inglaterra	Homens e mulheres	1 a 4%
Hsu	1989	EUA	Mulheres	1 a 5%
Lucas et al.	(1991)	EUA	Homens e mulheres	1 a 5%
Abott et al.	(1993)	EUA	Homens e mulheres	1 a 4%
Fisher et al.	1995	EUA	Mulheres adolescentes e adultas	2 a 5%
Llabaca; Letelier	1999	Espanha	Estudantes universitários	9,86%
Morandé; Celada; Casas	1999	Espanha	Adolescentes	1 a 4%
Appolinário; Claudino	2000	EUA	Mulheres jovens e adolescentes	0,28% - AN 1,1-4,2%- BN
Kaufman	2000	EUA e Austrália	Mulheres Universitárias	40% - EUA 1,7% - Austrália
Pop- Jordanova	2000	Marrocos	Pré-adolescentes	1 a 4%
Jones et al.	2001	EUA	Adolescentes	1 a 4%
Traebert; Moreira	2001	Inglaterra	Adolescentes do gênero feminino	0,1-1% AN 1 a 2% - BN
Melin; Araújo	2002	EUA	Homossexuais do gênero masculino	20%
Vilela et al.	2004	Dionísio, Inhaúma, Bom Jesus, Nossa Senhora do Carmo e Ipoema (MG), Brasil	Crianças e adolescentes de 7 a 19 anos	13,3%
Ximenes	2004	Recife (PE), Brasil	Adolescentes de 14 anos	17,4%

Quadro 1- Distribuição dos estudos de acordo com a prevalência de TAs.

2.1.3 Características clínicas

Existem evidências de que pacientes com TAs têm relacionamentos problemáticos com seus pais e relações conjugais tensas (CORDÁS; BUSSE, 1995).

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

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

A associação com outros quadros psiquiátricos é bastante freqüente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os da condição básica e complicando a evolução clínica (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

As pessoas que se consideram acima do peso desde a puberdade têm como características a presença de TAs, insatisfação com o corpo, tendência ao emagrecimento, regulação impulsiva, tendem a ser introspectivas e perfeccionistas (ACKARD; PETERSON, 2001).

2.1.4 Subtipos

2.1.4.1 Anorexia Nervosa

Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego *an-*, deficiência ou ausência de, e *orexis*, apetite. Também significando aversão à comida, ao enjôo do estômago ou à inapetência, sendo que as primeiras referências a essa condição surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 aC.) e vários textos do século XVI. Já a denominação mais específica *anorexia nervosa* surgiu com William Gull a partir de 1873, referindo-se à

forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo [...] cuja falta de apetite é [...] decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica [...].

Atualmente o termo *anorexia* não é utilizado em seu sentido etimológico para a *anorexia nervosa*, visto que tais pacientes não apresentam real perda de apetite até estágios mais avançados da doença, mas sim uma recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar (BRUCH, 1973).

As características essenciais são: recusa em manter o peso normal mínimo para a idade e altura, por exemplo, emagrecimento levando a um peso 15% abaixo do esperado ou insucesso para obter ganho de peso padrão durante o período de crescimento; medo exagerado de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo com o peso inferior ao esperado; perturbação no modo de vivenciar o peso corporal com

distorção da própria imagem; amenorréia ou ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (EMANS, 2000; POP-JORDANOVA, 2000).

É possível se observar depressão, irritabilidade e comportamentos peculiares como rituais compulsivos, estranhos hábitos alimentares como divisão da comida em categorias *saudáveis* e *perigosos*. A pessoa tem uma baixa capacidade de enfrentar mudanças e situações novas, temem crescer, assumir responsabilidades da vida adulta, por isso são sempre dependentes dos pais. A dieta pode representar a dificuldade em lidar com um estágio como a adolescência. A depauperação física favorece a presença de outros sintomas, como dificuldade de concentração, irritabilidade, mau humor, depressão, ansiedade, perfeccionismo. O comportamento sexual é deficiente, a aparência do indivíduo é assexuada, talvez como forma de se proteger da sexualidade (EMANS, 2000; KAUFMAN, 2000).

Por conta do emagrecimento, o organismo responde com amenorréia, desativação da glândula tireóide, diminuição da frequência respiratória e da pressão arterial. Com o desequilíbrio hormonal, unhas e cabelos tornam-se quebradiços, a pele resseca e fica recoberta por uma pelugem. A redução da gordura corporal causa menor resistência ao frio e a deficiência de glicose, resultante da falta de nutrientes, provoca hipoglicemia, tonturas, desmaios, insuficiência cardíaca, coma e morte cerebral. O estômago diminui de tamanho e perde a motilidade, fazendo com que o paciente se sinta satisfeito com pequenas quantidades de comida (CORDÁS; BUSSE, 1995).

Pacientes que estão na pré-puberdade podem ter atraso na maturação sexual, no desenvolvimento físico e no crescimento, e não atingem a estatura esperada. Existem complicações sérias associadas com a desnutrição, como

comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrointestinal, infertilidade, hipotermia e outras evidências de hipometabolismo (HERZOG et al., 1993; MAHAN; STUMP, 1998).

Outras complicações relacionadas à AN seriam as alterações menstruais, baixa temperatura corporal, bradicardia, edema, alterações metabólicas, risco de osteoporose, pele seca, hipercarotemia, abdômen escafoíde, tórax atrofiado, arritmias, prolapso da válvula mitral, intolerância ao frio, anemias e metabolismo tireóideo reduzido (EMANS, 2000; KAUFMAN, 2000; POP-JORDANOVA, 2000).

A prática de exercícios excessivos pode produzir lesões musculares, articulares ou ósseas. Além disso, nos casos mais críticos, alterações do funcionamento cardíaco, sinais clínicos de desnutrição grave, edema generalizado, perda de cabelos, lesões nos dentes, no estômago e no esôfago são detectadas (LEITE; PINTO, 2001).

2.1.4.2 Bulimia Nervosa

O termo bulimia tem uma história muito antiga; deriva do grego *bous* (boi) e *limos* (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi, ou quase. Entre os séculos XV e XVIII, diferentes variantes do termo, como os derivados do latim *bulimus* e *bolismos* ou do francês *bolisme*,

com o mesmo significado anterior, foram empregados na literatura médica na Inglaterra, França, Alemanha e Polônia (PARRY-JONES; PARRY-JONES, 1991).

A BN é um TA que possui como características fundamentais: episódios recorrentes de compulsões periódicas (ingestão de uma grande quantidade de alimentos, em um espaço curto de tempo, que dura em torno de 2 horas) e um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio; comportamento compensatório inadequado recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como a auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos; ocorrência de compulsões, no mínimo, duas vezes por semana, no espaço de 3 meses; auto-avaliação indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo; o transtorno pode não ocorrer exclusivamente durante episódios de AN (APA, 2002).

As compulsões apresentam-se associadas a estados de humor disfóricos, como depressão, situações negativas ou provocadoras de *stress*. Também são observados sentimentos relacionados à perda ou à rejeição, baixa auto-estima, insegurança, restrição alimentar devido a dietas, sentimentos relacionados ao peso e a forma do corpo (BEHAR, 1994; DE CONTI; MORENO; CORDÁS, 1995).

A BN só começou a ter um diagnóstico independente em 1980, na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) da APA. Na 10ª edição da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), a AN e BN são classificadas independentemente. A classificação do DSM-IV distingue dois tipos de pacientes

com BN conforme a utilização de métodos compensatórios mais invasivos (vômitos, laxantes, diuréticos, outras drogas) – *tipo purgativo* – ou não (dieta, jejuns e exercícios), classificado no *tipo não – purgativo* (LOUZÃ NETO et al., 1995). Russell (1979), em artigo clássico, foi o primeiro a definir e distinguir a BN como categoria independente da AN, propondo três critérios básicos: impulso irresistível de comer excessivamente; evitação dos efeitos *de engordar* da comida pela indução de vômitos e/ou abuso de purgativos, e medo mórbido de engordar.

De acordo com estudos apontados no DSM-IV - TR (2002) encontra-se associação da BN com transtornos de personalidade, transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, sintomas depressivos ou transtornos de humor como a depressão maior e a distímia, abuso ou dependência de substâncias (álcool, estimulantes). As pessoas portadoras dos transtornos acima citados apresentam tendências impulsivas que podem influenciar um comportamento suicida, sendo que o índice de mortalidade nos TAs é de 10%.

A BN pode resultar em depressão, doença ou morte. Pacientes que se recuperam da BN comem regularmente e não possuem nenhuma razão física para comer compulsivamente. Conhece-se, hoje, que o fato de restringir-se, severamente, em calorias aumenta as chances de serem desencadeados surtos bulímicos (HALBE; HALBE; RAMOS, 2000).

Os pacientes apresentam falta de autocontrole e, em geral, são obesas. A pessoa tem vergonha de seus hábitos alimentares inadequados e suas temáticas prediletas em conversas são peso, calorias e dietas. Quadros depressivos, de ansiedade, abuso e dependência de drogas como álcool, moderadores de apetite e

cocaína estão freqüentemente associados. Também pode ocorrer a prática excessiva de exercícios físicos (CLAUDINO; BORGES, 2002).

A investigação diagnóstica objetiva tanto a detecção precoce dos indícios de BN quanto o estudo da composição da BN com os possíveis transtornos associados, como os transtornos afetivos, os transtornos de ansiedade, a AN, o 'comer compulsivo', entre outros. Na busca de diferenciação do quadro, várias escalas foram construídas e validadas, sendo amplamente empregadas, tais como: *Eating Disorder Examination* - EDE (FAIRBURN; COOPER, 1993), *Eating Attitudes Test* - EAT-26 (GARNER et al., 1982), *Eating Disorder Inventory* - EDI (GARNER; OLMSTEDT; POLIVY, 1983; NUNES et al., 1994; 2005; BIGHETTI et al., 2004), *Bulimic Investigatory Test of Edimburgh* - BITE (HENDERSON; FREEMAN, 1987; CORDÁS; HOCHGRAF, 1993), *Beck Depression Inventory* - BDI (BECK et al., 1979). Os critérios diagnósticos para AN e BN pelo DSM-IV-TR e pela CID-10 se encontram na Tabela 1.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa pelo DSM-IV - TR e pela CID-10

Critérios diagnósticos do DSM-IV -TR e CID-10 para Anorexia e Bulimia Nervosa	
DSM-IV - TR	CID-10
Anorexia Nervosa	
<p>Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado) Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso Amenorréia por 3 ciclos consecutivos</p> <p>Subtipos: 1. restritivo (dieta e exercícios apenas) 2. compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios)</p>	<p>Perda de peso e manutenção abaixo do normal ($IMC \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$) Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o)</p> <p>Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso desenvolvimento puberal Obs.: vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes</p>
Bulimia Nervosa	
<p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle)</p> <p>Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejuns, exercícios excessivos ou outros</p> <p>Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses Influência indevida do peso/ forma corporal sobre a auto-avaliação</p> <p>Diagnóstico de AN ausente Subtipos: 1. Purgativo – vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas 2. Não-purgativo – apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica</p>	<p>Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida</p> <p>Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abusos de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos)*</p> <p>Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável</p> <p>*diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea)</p>

Fonte: OMS (2001); APA (2002)

O ato de vomitar quando freqüente pode provocar insuficiência cardíaca, devido à perda de minerais essenciais, como o potássio. Nos casos mais graves, pode haver uma ruptura das paredes do estômago causada pelo excesso de alimentos (CORDÁS; BUSSE, 1995).

O comportamento bulímico tem como principais complicações distúrbios eletrolíticos, irritação e sangramento gástrico e esofágico, anormalidades intestinais,

erosão do esmalte dental e aumento das parótidas. Bradicardia de repouso, hipotensão e diminuição da taxa metabólica são observadas em alguns bulímicos, podendo refletir na diminuição da atividade do sistema nervoso simpático e do eixo tireoideano (ABOTT et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER et al., 1995).

Além dos aspectos psiquiátricos, os aspectos clínicos são bem variados. Há lesão de pele no dorso da mão, conhecida como sinal de Russell, causada pelo uso da mão para estimular o reflexo de vômito. Esta lesão pode evoluir de uma calosidade para uma ulceração. Alterações hidroeletrólíticas como hipocalcemia, hipocloremia, hiponatremia, alcalose metabólica causadas pelos vômitos e abuso de laxantes e diuréticos são também presentes, assim como danos esofágicos, complicações gástricas, problemas intestinais, função renal prejudicada e mudanças hematológicas (EMANS, 2000).

As complicações clínicas são decorrentes principalmente das manobras compensatórias para perda de peso: erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, hipopotassemia e alterações cardiovasculares, dentre outras (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Pacientes com BN apresentam alterações do funcionamento cardíaco; lesões intestinais pelo uso prolongado e inadequado de laxantes; lesões renais pelo uso de diuréticos; lesões nos dentes, estômago e esôfago devido aos vômitos (LEITE; PINTO, 2001).

2.1.5 Transtornos alimentares na infância e adolescência

O aumento de gordura corporal associado à puberdade pode ser o ímpeto para a preocupação com o peso corporal e à aparência, o que leva a uma alimentação problemática e a dietas rigorosas para adolescentes que desejam parecer cada vez mais com o padrão ideal de beleza da sociedade (BYELY et al., 2000; XIMENES et al., 2006; VALENTE et al., 2007).

Quando o início do quadro alimentar patológico se dá antes dos 14 anos, é denominado TA com início na infância ou TA de início precoce. As crianças podem apresentar uma gama mais ampla e variada de alterações do comportamento alimentar, que ocorrem em um *continuum*, desde o nascimento até a puberdade, podendo refletir situações passageiras ou problemas mais graves, com prejuízo do desenvolvimento. Mas além dos quadros de AN e BN, também são freqüentes quadros de restrição alimentar não relacionados a preocupações com o corpo (BRYANT-WAUGH, 2000; BRASIL; MORAES, 2003).

Na fase escolar da criança, o sentimento de identidade se encontra bem estabelecido, e a criança é capaz de pensamento operacional concreto e raciocínio lógico. Seus horizontes se ampliam, o universo escolar adquire maior importância, e a criança se volta para a produção, criação e aprendizagem. O grupo social passa a ser uma referência importante, à qual a criança se compara continuamente. Surgem nessa fase as primeiras idéias sobre peso corporal, insatisfação com o próprio corpo, dietas, beleza, etc. (HILL; OLIVER; ROGERS, 1992). É nessa etapa que

podem se desenvolver quadros de AN e BN de início na infância (BRYANT-WAUGH, 2000).

O comportamento alimentar na infância apresenta maior plasticidade que o do adolescente ou do adulto, o que torna a distinção entre o normal e o patológico menos evidente. Na maioria das vezes, os problemas da alimentação são transitórios e fazem parte do desenvolvimento normal das crianças (MANNINEM et al., 1997; BRASIL; MORAES, 2003). No entanto, quando se cristalizam e persistem ao longo do desenvolvimento, causam um retardo no crescimento ou prejudicam a socialização ou escolarização, deve-se considerar a possibilidade de um diagnóstico psiquiátrico e de um tratamento específico (MORGAN; FONTES; MORAES, 2006).

Na etiologia dos TAs são várias as hipóteses psicológicas que tentam compreendê-los. Parece existir um consenso entre as teorias de que tais distúrbios funcionem como uma espécie de contenção psicológica, ao interromper o desenvolvimento físico dos adolescentes, remetendo-os ao estado pré-puberal (AJURIAGUERRA, 1976; BRUNCH, 1982, CRISP et al., 1991; NUNES, ABUCHAIN, 1995).

Os fatores psicológicos influem por constituírem uma demanda sobre os adolescentes de independência e de funcionamento social e sexual sobre os adultos. Os fatores ambientais também estão presentes através da valorização social pelo físico; e a sedução por alimentos resulta em comportamento ambivalente. Socialmente, a obesidade é ridicularizada e o físico magro, valorizado (CORDÁS; BUSSE, 1995).

Problemas de relacionamento com os pais, irmãos, namorados e até mesmo professores; e situações de estresse podem também contribuir para o estabelecimento de TAs (CORDÁS; BUSSE, 1995; KAUFMAN, 2000; POP-JORDANOVA, 2000; VITOLO et al., 2005; ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). No entanto, não há um tipo específico de família de adolescentes que associado, embora em amostras clínicas, estas famílias têm altas expectativas, comunicação pobre e tensão conjugal (EMANS, 2000).

Em alguns jovens, a ingestão de alimentos pode ser uma forma de encobrir sentimentos de solidão, rejeição ou frustração. A manipulação do corpo através da ingestão ou rejeição pela comida pode representar um esforço por estabelecer um sentido de identidade ou também revelar uma incapacidade para demandas biológicas e sociais (KAUFMAN, 2000).

Influências sociais e familiares têm servido como hipóteses para explicar a realização de regimes e dietas por parte dos adolescentes via três mecanismos potenciais: percepção de relações familiares; imitação das atitudes e comportamentos de seus pais e comunicação direta (BYELY et al., 2000).

A AN aparece geralmente na adolescência, quando os jovens têm mais dificuldade em integrar as transformações físicas e os conflitos emocionais típicos dessa fase. A amenorréia é a mais clara expressão destes conflitos, pois está associada à idéia de maturidade genital. É uma recusa ao ato de crescer (EMANS, 2000).

Os adolescentes com TAs tendem a ser brilhantes, autoconfiantes e não aceitam as recomendações para que mudem suas técnicas de controle de peso por

medo de perder o controle. Suas famílias geralmente são destruídas pelos conflitos gerados como resultado dos transtornos e com o medo da condição ser associada com morbidade e mortalidade (KREIPE; YUSSMAN, 2003).

Alguns adolescentes com baixa auto-estima, predisposição genética ou trauma familiar podem desenvolver um TA para estabelecer um senso de controle e estabilidade. E adolescentes que participam de atividades atléticas ou esportistas, como balé ou ginástica, podem experimentar o sucesso ao lado da perda de peso (EMANS, 2000; BARSZCZ; KOLARZYK, 2003). É importante lembrar que todas as modalidades de comportamento são de avaliação muito difícil quando se trata do adolescente, visto que nessa faixa etária, isolamento, problemas de relacionamento, preocupação com o corpo, distorção da auto-imagem, aumento do apetite e modismos alimentares, são característicos e esperados, fazendo parte da chamada *Síndrome da Adolescência Normal* (WOODSIDE, 1995; VALENTE, 1998).

Os dados epidemiológicos existentes indicam taxas de 9,2 (JOERGENSEN, 1992) a 25,7 (LUCAS et al., 1991) nos casos de AN por 100.000 habitantes entre meninas com 10 a 14 anos. Assim como em adultos, a AN é mais freqüente em meninas que em meninos. No estudo de Lucas et al. (1991), a taxa de incidência de AN foi de 3,7 casos por 100.000 habitantes entre meninos de 10 a 14 anos de idade. Ainda hoje são bastante escassos os dados epidemiológicos sobre a BN, mas estudos da década de 1990 sugerem que tenha ocorrido um aumento na incidência de BN nas meninas de 10 a 19 anos, paralelo a uma diminuição da incidência desse transtorno em mulheres mais velhas (CURRIN et al., 2005).

A terapia familiar é a única forma de psicoterapia que teve sua eficácia empiricamente comprovada no tratamento da AN em crianças e adolescentes (RUSSEL et al., 1987; EISLER et al., 1997). Não existem evidências de que uma

determinada linha de terapia familiar seja mais eficaz do que as outras no tratamento dos TA de início precoce. Alguns autores sugerem que, em um primeiro momento, os pais precisam de uma orientação familiar inicial, e não necessariamente de terapia familiar (LASK; BRYANT-WAUGH, 1997; HONIG, 2000). Essa orientação deve abordar quatro aspectos principais do funcionamento familiar: a coesão entre o casal parental, a consistência nas decisões referentes aos filhos, a comunicação direta e aberta e a identificação e tentativa de resolução de conflitos. Esse é um processo que leva a um fortalecimento do sistema parental, geralmente muito enfraquecido nessas famílias, e a um restabelecimento dos espaços individuais (LASK; BRYANT-WAUGH, 1997; KESTILÄ et AL., 2006).

2.1.6 Tratamento e prognóstico

O primeiro objetivo no tratamento da AN é restaurar o estado nutricional, evitando que as complicações do emagrecimento, desidratação e desequilíbrio eletrolítico possam levar à morte. A colaboração do paciente é quase nula, portanto, para se atingir os objetivos, deve-se contar com o apoio familiar e uma equipe multidisciplinar (LOUZÃ NETO et al., 1995; KREIPE; YUSSMAN, 2003).

Tratamento em regime de hospitalização, técnicas comportamentais e cognitivas, psicoterapia individual, psicoterapia familiar e psicofarmacoterapia são as principais técnicas, além de suplementos de cálcio, exercício moderado, terapia estrogênica quando adequada, uso de antidepressivos e flúor (CORDÁS; BUSSE, 1995; BOLEAS et al., 2002). A terapia baseada na associação de diferentes tipos de

tratamento – médico, biológico, nutricional e terapia familiar- é o que obtém melhores resultados (ONIS et al., 1997).

O primeiro passo na terapia é o reconhecimento da doença por parte do paciente, o que nem sempre é fácil. Mesmo quando a enfermidade é constatada por médicos e familiares, os anoréxicos, devido à sua falta de senso crítico, negam a doença e se recusam a submeter-se ao tratamento. A maioria dos pacientes recebe tratamento ambulatorial, que consiste basicamente na associação de drogas antidepressivas aliada à terapia comportamental, que possibilita ao paciente lidar com as dificuldades internas que levaram ao surgimento dos sintomas (KAUFMAN, 2000).

A internação hospitalar deve ser considerada para os pacientes com peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal, quando estão perdendo peso rapidamente ou quando se faz necessária uma monitoração adequada das suas condições clínicas. O tratamento ambulatorial deve ser indicado quando o paciente tem um bom suporte social, não está perdendo peso rapidamente, encontra-se metabolicamente estável e não apresenta os critérios de gravidade que indicam a necessidade de uma hospitalização. Apesar de não existir um agente farmacológico específico para a AN, vários medicamentos têm se mostrado úteis. O uso de antidepressivos ou ansiolíticos pode ser adequado em pacientes que desenvolvem uma comorbidade psiquiátrica associada. A psicoterapia em suas diversas modalidades (cognitivo-comportamental, interpessoal e a terapia de família) ainda é um dos pilares centrais do tratamento (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Uma outra opção de tratamento para adolescentes que apresentam um quadro de AN há menos de 3 anos é o método Maudsley, criado em Londres e vem

ganhando adeptos na Europa e nos EUA. Nele, pai e mãe ocupam um papel central no combate à AN, sendo implacáveis na hora de forçar o filho a comer. O sucesso do tratamento depende de vários fatores, entre eles o esforço da família para ajudar o doente a livrar-se do problema. Esse aspecto é ainda mais importante quando o paciente é jovem (CAMPOS, 2002; GRANGE, 2005).

A evolução é variável, podendo ir de um único episódio até evoluções crônicas e recaídas sucessivas. O índice de mortalidade é avaliado em 6,6% em 10 anos e 18% em 30 anos. A grande maioria dos pacientes mantém alterações psicológicas ao longo da vida, como pobre adaptação conjugal, papel materno mal-desenvolvido, adaptação profissional ruim, maltrato com as refeições e desenvolvimento de outros quadros psiquiátricos (CORDÁS; BUSSE, 1995; LOUZÃ NETO et al., 1995).

Sem o devido tratamento, 20% dos pacientes com AN morrem. Se forem submetidos a um tratamento, este número cai para 3%. Após este tratamento, 60% dos pacientes se recuperam, conseguindo manter um peso adequado e utilizar uma dieta variada, sem escolher apenas aqueles alimentos com baixas calorias. A partir daí, podem desenvolver relacionamentos sadios de amizade e de amor, conseguindo constituir famílias e carreiras sólidas. Mesmo com o tratamento, 20% desses pacientes conseguem apenas uma melhora parcial, pois ainda se preocupam com a comida e o peso. Ainda utilizam seu dinheiro para comprar livros de dietas e remédios para emagrecer. Os outros 20% não conseguem se recuperar. Estão freqüentemente nas salas de emergência, em programas específicos para TAs e clínicas psiquiátricas, desenvolvendo crises de depressão, solidão e desesperança (LEITE; PINTO, 2001).

Poucos são os estudos de seguimento com mais de 10 anos que avaliam a mortalidade de indivíduos com AN. Sullivan (1995) conduziu uma metanálise de taxas de mortalidade em 42 estudos publicados, cuja taxa originada foi de 5,9% (178 mortes em 3.006 pacientes), significando 0,56% por ano ou 5,6% por década. Nesses estudos, as causas de morte foram 54% complicações do TA, 27% suicídio e os restantes 19%, causas desconhecidas.

No tratamento da BN, as abordagens terapêuticas mais estudadas são os tratamentos psicológicos como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e uso de antidepressivos (BACALTCHUK; HAY, 1999). Geralmente, são indicados antidepressivos e esteróides. Os primeiros reduzem o apetite insaciável e os vômitos e, os segundos, controlam as deficiências cerebrais responsáveis pelo mecanismo da saciedade (MASO et al., 2001).

A internação, quando necessária, ocorre não pela BN, mas por complicações associadas como depressão com risco de suicídio, perda de peso acentuada com comprometimento do estado geral, hipopotassemia com conseqüente arritmia cardíaca e nos casos de bulímicos com comportamento multimpulsivo com abuso de álcool, drogas, automutilações, cleptomania e promiscuidade sexual (CORDÁS; BUSSE, 1995; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Apesar da complexidade que envolve a patologia e seu diagnóstico, exigindo muitas vezes esforços multidisciplinares para compreendê-los, este transtorno tem cura. De cada 10 pacientes, 3 apresentam recuperação total e 3, melhora parcial. Os bulímicos até reconhecem a compulsão, mas têm vergonha do seu comportamento e só pedem ajuda quando a situação se torna insuportável. A recuperação é lenta e nem sempre definitiva. A reincidência diante de um acontecimento traumatizante é

alta. Por isso, o constante acompanhamento psicoterápico é fundamental (KAUFMAN, 2000).

2.2 ALTERAÇÕES NA SAÚDE BUCAL

2.2.1 Complicações clínicas

Várias complicações bucais podem ser encontradas em pacientes com TA como trauma na mucosa provocado por objetos utilizados para induzir o vômito, alargamento uni ou bilateral da glândula parótida, geralmente assintomático, queilite angular, por deficiência nutricional, aumento do risco de cárie e doença periodontal, devido à ingestão de anfetaminas e outras substâncias que provocam hipossalivação e xerostomia (PEGORARO; SAKAMOTO; DOMINGUES, 2000; SANTOS et al., 2007).

Geralmente, ocorre um intumescimento das glândulas parótidas e, algumas vezes, das submandibulares de dois a seis dias após o episódio bulímico, se este for precedido de jejum. Este intumescimento pode ser uni ou bilateral, é assintomático e de etiologia incerta, mas que vem sendo atribuída à alta ingestão de carboidratos, à regurgitação de conteúdos de ácidos gástricos, à alcalose metabólica e à má nutrição. Há ainda uma diminuição no fluxo salivar resultante de desidratação, má absorção, transtornos hormonais, anemia, má nutrição e uso de antidepressivos (TYLEND et al., 1991).

Diversas complicações podem surgir relacionadas à perda de peso na AN, aos vômitos e abuso de laxantes na BN, como inflamação e aumento das glândulas salivares parótidas e sublinguais e erosão do esmalte dos dentes (LOUZÃ NETO et al., 1995).

Três sinais principais são relativamente simples de observar ao exame do paciente com BN: a hipertrofia das glândulas parótidas, que confere ao paciente faces de lua cheia quando o grau é intenso; lesão no dorso da mão; e desgaste dentário provocado pelo suco gástrico dos vômitos levando à descalcificação (CORDÁS; BUSSE, 1995).

A ingestão, absorção e utilização adequadas das várias vitaminas e minerais são essenciais para a manutenção de um periodonto normal. Os distúrbios psiquiátricos parecem ter influência definida na gravidade da doença periodontal, que aumenta nos períodos de ansiedade (LOUZÃ NETO et al., 1995).

Hazelton; Faine (1996) afirmaram que a atividade de cárie parece ser similar à da população em geral, entretanto em pacientes com lesões de cárie ativas, a velocidade na qual novas lesões se desenvolvem dificulta demasiadamente o tratamento. O periodonto pode estar afetado nas papilas, que se mostram aumentadas devido à irritação constante advinda do vômito ácido. A mucosa bucal também sofre os efeitos de tal comportamento. Importante notar que o periodonto e a mucosa bucal podem estar afetados devido à medicação que os pacientes possam estar utilizando, como os anticolinérgicos, cujo uso prolongado induz à xerostomia e aumento da papila gengival.

Os vômitos repetidos podem determinar quadros de hipertrofia de glândulas salivares e desgaste do esmalte dentário. O sinal de Russel (lesão no dorso da mão pelo trauma repetido dos dentes incisivos na indução do vômito) é patognomônico (FISHER et al., 1995).

Erosão dentária é definida como um tipo de desgaste dentário que se constitui na perda gradual, lenta e irreversível de estrutura dentária provocada por processos químicos sem o envolvimento de microorganismos. A erosão dentária pode ser provocada por uma série de fatores extrínsecos ou intrínsecos (ECCLES, 1979; MURAKAMI; CORRÊA; RODRIGUES, 2006). Os fatores extrínsecos são resultado da ação de ácidos exógenos provenientes de medicamentos, meio ambiente e da dieta alimentar. O ácido gástrico que entra em contato com os dentes durante a regurgitação ou refluxo gástrico são fatores intrínsecos como resultado da ação do ácido endógeno (ECCLES, 1979; BARATIERI, 2001).

Contudo, outros tipos de desgaste dentário podem acometer o paciente portador de TA, como abrasão (perda da estrutura dentária por agente mecânico como escovação inadequada); abfração (perda da estrutura dentária como resultado de repetidas flexões dentárias causadas pelo estresse oclusal) e atrição (perda da estrutura dentária causada por contato funcional ou parafuncional, incluindo a mastigação e o bruxismo) (ARAÚJO, 2007).

Para Robb; Smith (1996), os critérios de diagnóstico para erosão dental resultante de episódios bulímicos ou de vômito por AN caracterizam-se por erosão severa nas faces palatais dos dentes anteriores superiores; erosão moderada nas

faces vestibulares destes mesmos dentes; faces linguais dos dentes anteriores inferiores e posteriores não afetadas; erosão com aspecto semelhante às das faces palatais dos dentes anteriores, nos dentes posteriores superiores; erosão variável nas faces oclusais e vestibulares dos dentes posteriores superiores e inferiores; restaurações com aspecto de ilhas e ausência de manchas nas superfícies com erosão.

Hazelton; Faine (1996) relataram que um dos principais problemas para o dentista no trabalho com pacientes com desordens alimentares advém de seus problemas psicológicos. Normalmente, eles são bastante compulsivos em seus comportamentos diários. Sua higiene bucal é bastante meticulosa, repetitiva, e muitas vezes, seguida de escovações agressivas após o ato de vomitar, podendo resultar em severa abrasão. Nestes casos, o cirurgião-dentista deve alertar o paciente sobre o perigo destas escovações excessivas após o vômito e prescrever bochechos com água e bicarbonato de sódio para neutralizar o pH do ambiente bucal.

Rytömaa et al. (1998) evidenciaram que nem todos os bulímicos apresentam erosão dental e que os fatores associados com a ocorrência e a severidade da condição são o tempo de duração da doença, a frequência dos episódios de vômito e a quantidade de saliva. A saliva reduz a acidez. Portanto, em pacientes com fluxo salivar baixo, a acidez permanece, principalmente no dorso da língua, razão pela qual as faces palatinas dos dentes anteriores são mais afetadas. Os autores relataram também desgastes dos dentes, principalmente relacionados à mastigação e à escovação vigorosa em pacientes bulímicos, após o episódio de vômito. Neste estudo, os pacientes bulímicos tiveram uma maior prevalência de cárie em

superfícies proximais e palatinas do que pacientes controles, mas não houve diferença significativa nos hábitos de higiene e no estado periodontal. Além da erosão, outras manifestações das desordens de alimentação podem incluir aumento assintomático das parótidas, xerostomia, irritações da mucosa oral, queilite, sensibilidade dental à alteração de temperatura, mordida aberta anterior e cáries radiculares.

O vômito sistemático pode causar o desgaste do esmalte dos dentes, cáries, ulcerações e inflamações devido à presença do ácido clorídrico nas enzimas digestivas. Pacientes com vômito excessivo perdem grandes quantidades de líquidos e íons de hidrogênio, cloro e potássio (ABOTT et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER et al., 1995; EMANS, 2000).

Durante o exame clínico, é possível se encontrar erosões, abrasões e opacidades no esmalte dental, em determinadas zonas que seriam apenas observadas em pacientes com TAs que apresentam regurgitação gástrica, como esofagites, gastrites, úlcera péptica e úlcera duodenal. A manifestação bucal mais comum é a desmineralização, que é a perda do esmalte e da dentina na superfície dos dentes, resultante de uma ação química e mecânica, sem o envolvimento de bactérias. O paciente procura o profissional para aliviar a sensibilidade dentária ocasionada por mudanças térmicas, fricção, dor espontânea ou a simples aparência dos dentes. A importância do diagnóstico odontológico está no fato de que esse tipo de lesões é irreversível (MASO et al., 2001).

A erosão dental pode ser um resultado do aumento do consumo de carboidratos ou refrigerantes, cujo pH esteja abaixo do crítico, por regurgitação gástrica ou vômitos repetidos (como na BN, alcoolismo e refluxo gástrico) e hábitos

parafuncionais. Na maior parte dos casos, resulta numa perda do contorno normal do esmalte, mas nos casos severos pode haver um dano à dentina ou à polpa (HOLT; ROBERTS; SCULLY, 2000; MORAES et al., 2006).

No estudo de Araújo (2007), foram avaliados 30 pacientes de 13 a 44 anos, com diagnóstico de TAs, atendidos no Grupo de Assistência aos Transtornos Alimentares (GRATA) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP). Verificou-se que todos os pacientes apresentavam algum grau de desgaste dentário, sendo a superfície dentária mais acometida a oclusal/incisal com uma severidade de desgaste dentário em dentina correspondendo a 66,7%. Com relação à superfície vestibular observou-se que 13,3% apresentaram desgaste dentário. Na superfície lingual, apresentou-se uma prevalência de desgaste dentário com comprometimento pulpar de 13,4%. O fator ranger e apertar os dentes apresentou uma associação significativa com o desgaste dentário na superfície oclusal.

Na AN a alcalose metabólica e a desnutrição promovem a formação de edemas de glândulas salivares parótidas e sublinguais. As deficiências vitamínicas levam ao aparecimento de queilites nos lábios e comissuras labiais. Os sintomas de AN podem ser acompanhados de bruxismo noturno, gengivites e aumento no índice de cáries (MINTZ, 1993; LEITE; PINTO, 2001).

Tanto na AN, em que o comportamento bulímico vem sendo descrito em 25% dos casos, quanto na BN, o ato de vomitar para controlar peso proporciona problemas dentais e o cirurgião-dentista é potencialmente o primeiro profissional da Saúde a diagnosticar a doença, devido às perdas de substância dental resultantes.

Tais perdas de substância são chamadas de erosão dental ou perimólise e são causadas pela regurgitação de ácido gástrico e vômito (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Nos pacientes com características purgativas pode se observar eritema do palato, faringe e gengiva e alterações dentárias como erosão do esmalte dentário que fica com aspecto liso e opaco. Os dentes mais acometidos são os incisivos e caninos; as cúspides dentárias podem se reduzir diminuindo a altura do dente e há também um aumento da incidência de cáries. O aumento das glândulas parótidas é mais comum na BN. Os alimentos com alto teor de carboidratos podem causar intensa estimulação das glândulas, resultando em uma hipertrofia. A regurgitação contendo ácido gástrico, a alcalose metabólica, a desnutrição e o aumento do estímulo autonômico secundário à estimulação dos receptores linguais gustativos aumentam a liberação de enzimas proteolíticas pancreáticas contribuindo também para a parotidite. A frequência e a gravidade da hipertrofia se correlacionam com a frequência dos vômitos e ocorre entre 10 % e 50% das pacientes com BN. Geralmente, o comprometimento é bilateral e indolor, mas raramente acomete as glândulas submandibulares. A hiperamilasemia acompanha a hipertrofia glandular salivar, desaparecendo com a descontinuidade dos vômitos (MITCHELL, 1983; LASATER; MEHLER, 2001).

A manifestação bucal típica de TAs é a erosão dental que causa sensibilidade e problemas estéticos. Este fenômeno pode ser o primeiro sinal clínico que detecta a presença da doença (JÁHN, 2003).

2.2.2 Tratamento odontológico

Na anamnese, é importante que o cirurgião-dentista tenha a habilidade de abordar o assunto de forma a obter a confiança do paciente, inquirindo sobre os hábitos alimentares e a possibilidade de existência de problemas gastrointestinais, ao invés de dirigir perguntas diretas acerca da AN e BN. Deve-se considerar que esta postura pode, de certa forma, levar a resultados positivos do ponto de vista do tratamento do TA, pois possibilita a melhora de sua auto-estima por meio do tratamento odontológico do paciente ao longo do tempo, evitando a deterioração dos dentes (SCHMIDT; TREASURE, 1997).

O manejo do paciente anoréxico/bulímico em relação à saúde bucal deve envolver cuidados emergenciais, educação do paciente, cuidado pré-restaurador (ou adequação de meio), restaurações e manutenção. Dentre os cuidados emergenciais, encontram-se a procura pelo alívio da dor e melhora da estética. Como alívio da dor, propõe-se a proteção da dentina indevidamente exposta com a utilização de cimentos de ionômero de vidro, vernizes fluoretados ou, se necessário, tratamento endodôntico (BURKE et al., 1996).

É fundamental uma abordagem de educação alimentar e saúde bucal concomitante ao tratamento restaurador, principalmente entre pacientes com má higiene bucal e ataques cariogênicos severos devido à ingestão de grandes quantidades de carboidratos. Em pacientes sem esses problemas, a educação em

saúde deve focar o aumento de conhecimento sobre sua situação e os riscos dela decorrentes. Deve-se prescrever a utilização de cremes dentais com alta concentração de flúor e com baixa abrasividade, além da utilização de bochechos com substâncias neutralizadoras da acidez, como bicarbonato de sódio. Soluções neutras de flúor a 0,05% também são úteis na redução da erosão e da sensibilidade subsequente (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

O tratamento restaurador deve ser realizado como uma forma de auxiliar o tratamento psicológico, na tentativa de aumentar a auto-estima do paciente. Tal tratamento pode variar desde uma simples restauração até reabilitações bucais complexas em pacientes com perda de dimensão vertical. O tratamento deve ter como objetivo cobrir tecido dentinário exposto para evitar perdas ainda maiores de tecido dental (BURKE et al., 1996).

Para Hazelton; Faine (1996), o planejamento do tratamento restaurador para estes pacientes é um desafio para o dentista. Caso haja perda extensa de substância dental, o plano de tratamento normalmente deverá contemplar uma reabilitação bucal completa com restaurações bastante complexas. Mesmo com o intuito de melhorar a estética e de ser bastante cooperativo com as medidas preventivas prescritas, o paciente normalmente continua com seu hábito de vômito auto-induzido. Isto aumenta o risco de insucesso das restaurações pelo fato de as estruturas dentais de suporte permanecerem em um ambiente extremamente ácido. Assim, também restaurações provisórias tendem a sofrer erosão muito facilmente se tal hábito permanecer.

O aconselhamento dietético no sentido de evitar alimentos e bebidas ácidas, reduzindo a frequência de sua ingestão, principalmente como última ingestão noturna, tem sido relatado como importante contribuição no tratamento dos pacientes acometidos pelas doenças (SHAW; SMITH, 1998).

Burke (1998) ressaltou a necessidade do desenvolvimento de técnicas apropriadas para tratar satisfatoriamente a perda severa de substância dental que pode ocorrer em pacientes bulímicos. Acreditava que técnicas com mínima intervenção são mais apropriadas pois tais pacientes podem sofrer mais com a má aparência dental proveniente da perda de substância dental. A utilização de coroas de cerâmica pura, cimentadas sobre a dentina remanescente, com material adesivo foi relatado como uma boa alternativa nestes casos. Tais técnicas necessitam de pouco tempo de tratamento e podem de forma rápida ajudar a elevar a auto-estima dos indivíduos doentes, decorrentes da insatisfação com sua auto-imagem.

O tratamento odontológico para os casos de TAs compreende a educação do paciente acerca dos malefícios do processo erosivo; substituição da dieta cariogênica e ácida, com a orientação de nutricionistas; orientações de higiene oral e instituição de bochechos fluoretados. Nos casos de queilite é indicado suplemento vitamínico; no bruxismo, confecção de placas miorelaxantes. O tratamento restaurador só deve ser iniciado após o paciente adquirir controle sobre a situação (CALDEIRA; D'OTTAVIANO-NÁPOLE; BUSSE, 1999).

Milosevic (1999) afirmou que as restaurações de compósitos não são solúveis em ácido, e são preferíveis às restaurações de cimento de ionômero de vidro. A

natureza conservadora das restaurações a base de adesivos dentinários facilitam a restauração de dentes de pacientes bulímicos.

O tratamento será de acordo com a severidade do caso. Em pacientes com esmalte poroso na região cervical e sem sensibilidade, recomenda-se aplicações tópicas de flúor periódicas além do controle da dieta. Nos pacientes com cavidade em esmalte e dentina e com sensibilidade dental, restaurações com ionômero de vidro e resina. Nos casos crônicos e severos, com perda de esmalte, dentina, sensibilidade dentária, patologia pulpar e dano estético, deve-se realizar o tratamento endodôntico e reabilitação protética, no menor número de sessões possível para diminuir a ansiedade do paciente e recuperar sua auto-estima (MASO et al., 2001).

O dentista deve abordar os pacientes cuidadosamente, catalogá-los e fotografá-los. E, então, alertá-los quanto aos danos das práticas nocivas que realizam à saúde bucal, para que aumentem o cuidado com a higiene e tentem mudar seus hábitos. A correção desses problemas pode ajudar o paciente no aspecto estético e psicológico. Uma simples restauração melhora a auto-estima dessas pessoas. Não há diferença entre um trabalho de restauração feito em pacientes anoréxicos ou bulímicos e o realizado por outros motivos. No entanto, é preciso ir além, aliando o tratamento odontológico ao psicológico, porque uma abordagem equivocada pode piorar o estado emocional debilitado do paciente (LEITE; PINTO, 2001).

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência das principais complicações clínicas bucais encontradas entre adolescentes de 12 e 16 anos de idade, estudantes de escolas públicas estaduais na cidade do Recife, que apresentavam sintomas de TAs.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar a prevalência de adolescentes portadores de sintomas de TAs;
- ✓ Identificar diferenças na prevalência de sintomas de TAs entre os gêneros e faixas etárias;
- ✓ Determinar o perfil biodemográfico dos adolescentes pesquisados e a associação de fatores socioeconômicos (moradia, número de irmãos, posição na escala de filhos e escolaridade dos pais) com a presença de sintomas de TAs;
- ✓ Realizar a validação da escala “Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo” (BITE) em uma população de adolescentes;
- ✓ Identificar alterações bucais em tecidos moles (mucosites, queilites, hipertrofia de glândulas salivares e gengivites), tecidos duros (erosões, experiência de cárie

dentária) e a presença de bruxismo, verificando possíveis associações com sintomas de TAs e determinando sua prevalência;

- ✓ Determinar a prevalência de sintomas depressivos entre os adolescentes pesquisados segundo os gêneros e faixas etárias e sua associação com a presença de sintomas de TAs.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Para a determinação do objetivo principal, trata-se de um estudo do tipo seccional. No entanto, durante a execução dos procedimentos metodológicos, foram também realizados estudos de validação.

O estudo seccional ou de corte transversal é a forma mais simples de pesquisa populacional, e que fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Esse é um bom método para se detectar freqüências das doenças, assim como identificar os grupos, na população, que estão mais e/ou menos afetados (PEREIRA, 2001).

A simplicidade, o baixo custo, a rapidez e a objetividade na coleta de dados são suas principais características, pois há facilidade na obtenção de uma amostra representativa, sem a necessidade de acompanhamento das pessoas, sendo uma boa opção para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco, aos quais pode ser oferecida atenção especial. Apesar de suas vantagens, apresentam algumas limitações. As condições de baixa prevalência exigem amostras de grande tamanho, o que significa dificuldades operacionais. A associação entre exposição e doença, se detectada, refere-se à época de realização do estudo e pode não ser a mesma época de aparecimento da doença, embora os dados descritivos sobre elas sejam

muito úteis para a formulação de hipóteses. Também não determina o risco absoluto (incidência). É possível a estimativa indireta, tendo em conta a relação entre prevalência, incidência e duração da doença. É também possível o cálculo da associação entre exposição e doença, como ela existe, na população, em um particular momento. Também apresenta vulnerabilidade a vieses, especialmente os de seleção e baixo poder analítico, sendo inadequado para testar hipóteses causais (PEREIRA, 2001; ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

É utilizado para o teste de hipóteses de associação, sem definir o seu caráter etiológico, devido à simultaneidade de informação sobre o sintoma/doença e fator associado (ALMEIDA FILHO, 1993).

Sua análise busca a comparação das proporções de indivíduos “acometidos” da doença, entre os expostos e os não-expostos, que pode ser expressa através de razões de prevalência ou diferenças de prevalência. Como consequência de fator de exposição e doença serem considerados concomitantemente durante o lapso de tempo a que se refere o estudo, seus resultados em geral não são indicativos de seqüência temporal. As únicas conclusões legítimas derivadas da análise de estudos de prevalência restringem-se a relações de associação e não de causalidade. Em termos estatísticos, pode-se no máximo estabelecer que a causa suspeita e o efeito encontram-se associados dentro de um certo nível de significância. Casos vinculados à ocorrência de doenças nessa etapa de análise, os fatores de exposição suspeitos passam a ser reconhecidos como fatores de risco em potencial, podendo então tornar-se objeto de estudos com maior potencialidade de produção de conhecimento causal, como os estudos de coorte e de caso-controle

(KLEINBAUM; KUPPER; MORGENSTERN, 1982; ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

4.2 ÁREA DE ESTUDO

Esse estudo foi desenvolvido na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, uma das nove Unidades Federativas que compõem a Região Nordeste do Brasil. O Recife possui 217 km² de extensão territorial, com uma população de 1.533.580 habitantes (IBGE, 2007).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

De acordo com a relação fornecida pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco – 2006, a cidade está dividida em duas Gerências Regionais (Norte e Sul) (Figura 1), possuindo 194 escolas públicas estaduais em todo o município, que possuem alunos de 12 a 16 anos de idade (Tabela 2).

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

Tabela 2 – Distribuição do número de escolas públicas estaduais que possuem alunos de 12 a 16 anos de idade por Gerência Regional

Gerência Regional	Total	
	N	%
Norte	92	47,4
Sul	102	52,6
Total	194	100

Fonte: Relação fornecida pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco (2006)

A população-alvo foi constituída por adolescentes de 12 a 16 anos de idade, de ambos os gêneros, matriculados em escolas públicas estaduais na cidade de Recife no ano de 2007 e 2008. Como critérios de exclusão da população, foram considerados os alunos matriculados na educação especial e na educação de jovens e adultos (supletivos). As tabelas 3 e 4 apresentam os dados referentes ao ano de 2006 fornecidos pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco, os quais serviram de dados para a determinação da amostra.

Tabela 3 – Distribuição do número de adolescentes por Gerência Regional no ano de 2006

Gerência Regional	Total	
	N	%
Norte	30.430	46,2
Sul	35.411	53,8
Total	65.841	100

Fonte: Relação fornecida pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco (2006)

Tabela 4 – Distribuição do número de adolescentes por Gerência Regional (GERE) e faixa etária (FE)

GR \ FE	12		13		14		15		16		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	4839	44,36	5097	44,24	5785	46,69	6773	47,70	7936	47,22	30430	46,22
Sul	6069	55,64	6424	55,76	6605	53,31	7443	52,40	8870	52,78	35411	53,78
Total	10908	100	11521	100	12390	100	14206	100	16806	100	65841	100

Fonte: Relação fornecida pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco (2006)

4.4 AMOSTRA

Para determinação do tamanho amostral foram considerados:

- O objetivo de determinação da prevalência de TAs em adolescentes da rede pública;
- O tamanho populacional de 65.841 alunos da rede pública;
- A margem de erro de 3,0%;
- Confiabilidade de 95,0% de que a margem de erro não seja ultrapassada;
- Proporção esperada de 17,4% obtida no estudo de prevalência realizado com 1217 adolescentes com 14 anos de idade (XIMENES, 2004).

A forma de cálculo utilizada para o tamanho do tamanho amostral para cada item foi:

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

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

onde:

m = Tamanho amostral;

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

p_e = Proporção esperada igual a 0,174;

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

N = tamanho populacional igual a 65.841 adolescentes.

Os cálculos foram realizados pelo programa EPI-INFO versão 6.04 para DOS obtendo uma amostra de 608 alunos.

Para que eventuais perdas não comprometessem a representatividade da amostra, optou-se por aumentá-la para 650 jovens. A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2007 e fevereiro e março de 2008.

Por razões de facilidade operacional, a amostra, do tipo probabilística, foi estratificada proporcionalmente ao número de alunos em cada Gerência Regional. Foi estabelecido, então, o número de escolas em cada Gerência Regional a serem incluídas na pesquisa e posterior sorteio destas escolas (COCHRAN, 1977a; COCHRAN, 1977b). Do total de 194 escolas públicas estaduais pertencentes à cidade de Recife, foi selecionada uma amostra de 10 escolas na gerência regional sul e 8 escolas na gerência regional norte da cidade. Esse número foi calculado através do número de adolescentes em cada escola por Gerência Regional (dados fornecidos pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco) e envolve operacionalização e representatividade dentro do número das escolas. A Tabela 5 apresenta o número de adolescentes pesquisados em cada gerência regional e faixa etária.

Tabela 5 – Distribuição do número de adolescentes da amostra por Gerência Regional (GERE) e faixa etária (FE)

GR \ FE	12		13		14		15		16		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Norte	48	44,36	50	44,24	57	46,69	67	47,70	78	47,22	300	46,22
Sul	60	55,64	64	55,76	65	53,31	73	52,40	88	52,78	350	53,78
Total	108	100	114	100	122	100	140	100	166	100	650	100

Na escolha das faixas etárias para compor a amostra, procurou-se abranger aquelas consideradas pelos autores (MARCHI; COHEN, 1990; ABBOTT et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER, 1995; MAHAN; STUMP, 1998; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; CAMPOS, 2002; MARÍN, 2002; VILELA et al., 2004) como picos de prevalência para o aparecimento dos TAs, abrangendo as fases da adolescência precoce e média.

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 Instrumentos de avaliação

O diagnóstico de TA pode ser feito por instrumentos específicos, como questionários e entrevistas clínicas estruturadas, mesmo quando aplicados por um não especialista. Nos últimos vinte anos foram publicados vários tipos de instrumentos de avaliação na língua inglesa, específicos para TAs em indivíduos adultos. Essas escalas fornecem informações gerais sobre a sintomatologia dos TAs

e algumas possibilitam o diagnóstico e a avaliação da psicopatologia do quadro alimentar e outras, o rastreamento dessas patologias (CORDÁS; NEVES, 2000; MOYA, 2004).

Segundo Garner (2002) os principais métodos de avaliação sistemática incluem entrevistas clínicas padronizadas (“*clinical interviews*”), questionários auto-aplicáveis (“*questionnaires*”), instrumentos de auto-monitoração, instrumentos de observação comportamental direta e lista de checagem de sintomas. Cada tipo de instrumento tem diferentes objetivos, pontos fortes e fracos e a estratégia adotada para investigar esses transtornos, incluindo a escolha do instrumento, deve ser orientada pelo objetivo da investigação em questão.

Escalas de rastreamento são instrumentos compostos de uma lista breve de questões que tanto podem ser auto-aplicadas como ser aplicadas por entrevistadores leigos (ANDREOLI et al., 2000).

Escalas de avaliação são instrumentos construídos com o intuito de associar construtos qualitativos com unidades quantitativas de medida. A técnica de utilização das escalas consiste no preenchimento de uma lista de itens previamente definidos, com o objetivo de obter uma informação padronizada, diminuindo as diferenças de julgamento observadas habitualmente entre os examinadores. Cada sintoma é avaliado quanto à sua presença, intensidade e/ou frequência. O modo de registro é variável segundo o tipo de escala, podendo ser dicotômico, indicando se o sintoma descrito está presente ou ausente (*check-list*), ou contendo níveis de intensidade (*rating*) (SOUGEY, 1987). Os itens das escalas que contêm níveis de intensidade de sintomas são comumente chamados de itens de Likert, em

referência a Likert, um dos pioneiros em *rating scales*, e as escalas que têm itens dessa forma são chamadas de escalas *tipo Likert* (BECK et al., 1993).

Essas escalas também são divididas em dois grandes grupos: as preenchidas pelo avaliador e as preenchidas pelo próprio sujeito (SNAITH, 1981). As escalas de auto avaliação (também chamadas de auto-registro ou de auto-preenchimento) podem ser de natureza discreta (categorial) ou analógica (contínua). Enquanto nas discretas, para cada sentença, os sujeitos devem assinalar categoria intervalares ou não (por exemplo, pouco, mais ou menos, intensamente etc.), nas analógicas eles devem assinalar seu estado subjetivo em uma linha reta contínua que supostamente representa toda a gama daquela situação (GUIMARÃES, 2000).

Questionários de auto-aplicação têm várias utilidades na abordagem de sintomas alimentares e também os de outra natureza. Primeiramente, apesar de esses instrumentos não poderem substituir uma entrevista clínica para se fazer o diagnóstico, eles servem para seleção da presença ou da gravidade dos sintomas alimentares. Em segundo lugar, como a apresentação clínica desses transtornos é muito heterogênea, servem para identificar os problemas que merecem maior ênfase durante o tratamento. Finalmente, como esses instrumentos medem o progresso dos pacientes, podem ser aplicados várias vezes ao longo do tratamento. Além disso, são fáceis de administrar (FREITAS et al., 2002), não envolvem treinamento (PASSI et al., 2003), são eficientes, econômicos, consomem menos tempo na avaliação de grande número de indivíduos e podem revelar um comportamento que, por ser considerado vergonhoso, poderia ser omitido numa entrevista face a face (FREITAS et al., 2002). Apresentam também a vantagem de não serem suscetíveis aos vieses adicionais resultantes da interação

entrevistador/entrevistado podendo, inclusive, ser administrados de forma anônima (GARNER, 2002). Alguns desses instrumentos podem medir a gravidade do TA e, portanto, tem utilidade da avaliação de mudanças ao longo do tratamento, como o Teste de Atitudes Alimentares - EAT (GARNER;GARFINKEL, 1979) e o Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo - BITE (HENDERSON; FREEMAN, 1987). Estes instrumentos podem ser utilizados nos rastreamentos de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de TAs.

No entanto, possuem a desvantagem de não avaliar com exatidão alguns conceitos mais complexos, por isso não são utilizados como instrumentos diagnósticos, nem são um bom método de investigação em pacientes com AN, que tendem a minimizar ou negar seus sintomas (GARNER, 2002; PASSI et al., 2003).

As escalas psiquiátricas de avaliação contêm ou atendem a quatro propriedades principais: objetividade, operacionalidade, confiabilidade e validade (CANTILINO, 2003).

4.5.2 Objetividade, operacionalidade e confiabilidade dos instrumentos

Quando a avaliação se refere a elementos evidentes no ambiente físico, isto é, ao comportamento diretamente observável, ela possui um alto grau de objetividade. Ao contrário, quando a avaliação está baseada em considerações íntimas do

examinador, não passíveis de observações por outro, possui um elevado grau de subjetividade (WITTENBORN, 1972).

Operacionalidade é a maneira prática através da qual a escala consegue atingir seus objetivos. O conjunto de regras preestabelecidas é o que vai poder fazer a escala ser operacional. A operacionalidade caminha junto da objetividade. Quanto mais objetivas forem as manifestações a serem avaliadas, mais fácil vai ser sua operacionalização (CANTILINO, 2003).

Confiabilidade é o termo utilizado para se referir à reprodutibilidade de uma medida, ou seja, ao grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto (MENEZES; NASCIMENTO, 2000). Entretanto, a confiabilidade relaciona-se não apenas com a reprodutibilidade das medidas, mas também com estabilidade, consistência e segurança dos escores obtidos através de uma avaliação de determinada característica dos indivíduos (MARI, 1989).

A avaliação da confiabilidade de um instrumento pode ser feita por meio da comparação de diversas aplicações do instrumento ao mesmo sujeito. Dois aspectos da confiabilidade são mais freqüentemente avaliados: a confiabilidade entre diferentes avaliadores e a confiabilidade teste-reteste (CANTILINO, 2003).

Na confiabilidade entre avaliadores, os mesmos sujeitos são avaliados por dois ou mais avaliadores, com o objetivo de investigar a concordância de aplicação e/ou de interpretação entre eles. É possível avaliar essa confiabilidade utilizando-se anotações sobre os pacientes, entrevistas gravadas ou entrevistas ao vivo com pacientes (GROVE et al., 1981).

O desenho de teste-reteste consiste na aplicação do instrumento que está sendo avaliado duas vezes aos mesmos sujeitos, depois de determinado período. Nesse tipo de estudo, mudanças biológicas, psicológicas ou sociais que aconteçam com o entrevistado ou mudanças na situação da entrevista ou na maneira de entrevistar ocorridas entre as avaliações tendem a diminuir a estimativa de confiabilidade. Por outro lado, se o informante lembra as respostas dadas na primeira entrevista e as repete, a confiabilidade pode ser superestimada. Assim, é importante determinar qual o intervalo mais adequado entre a primeira e a segunda avaliação, de forma que as respostas da segunda entrevista não sejam influenciadas pela memória da primeira e o intervalo não seja grande o suficiente para que possa ter ocorrido uma mudança real no indivíduo em relação ao aspecto que está sendo avaliado (HELZER et al., 1977; MENEZES; NASCIMENTO, 2000). Tanto no desenho teste-reteste quanto na confiabilidade entre avaliadores, o grau de concordância entre as avaliações é quantificado por meio de coeficientes de confiabilidade, podendo ser o kappa ou o coeficiente de correlação intraclass, a depender da situação (BECK et al., 1993).

No caso de escalas de auto-avaliação, o termo confiabilidade significa que os vários itens devem demonstrar um razoável grau de correlação interna. A evidência psicométrica da confiabilidade de uma escala desse tipo (sua consistência interna) é freqüentemente expressa por um coeficiente de correlação (alfa de Cronbach), que indica o grau no qual os vários itens estão relacionados positivamente. Essencialmente, ele é um coeficiente de homogeneidade. A correlação teste-reteste é usada com menor freqüência como medidor da confiabilidade para escalas de auto-avaliação (BECK et al., 1993).

Existe uma relação direta entre confiabilidade, objetividade e operacionalidade. Ou seja, quanto mais objetivas são as características a serem medidas e quanto mais claras as indicações para que isso seja feito, maior será a probabilidade de observadores diferentes chegarem a resultados ou escores semelhantes. Infelizmente, pode haver uma relação inversa entre tudo isso e a validade de uma escala. Os examinadores podem produzir dados confiáveis, mas que não correspondem à verdade. Caso um instrumento não classifique corretamente uma condição psiquiátrica determinada, os examinadores podem chegar ao mesmo escore sem que esses resultados mantenham correspondência com o critério que se pretende avaliar (MARI, 1989; VERSIANI, 1989).

4.5.3 Validade dos instrumentos

A validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que se propõe. Dentre as propriedades fundamentais das escalas de avaliação, o aspecto primordial é a validade. Ela envolve um componente conceitual e outro operacional. O primeiro refere-se ao julgamento, por parte do investigador, sobre se o instrumento mede o que deveria medir. Esse julgamento é subjetivo, não sendo possível avaliar esse aspecto com métodos estatísticos. Já a validade operacional envolve uma avaliação sistemática do instrumento, geralmente comparando-o com um critério externo já existente e considerado como “padrão ouro”, freqüentemente utilizando-se métodos estatísticos. Embora esse tipo de

validação seja considerado objetivo, na maioria das vezes o “padrão ouro” é o diagnóstico clínico ou algum outro tipo de critério previamente estabelecido como padrão, o que implica existência de um componente arbitrário em qualquer investigação de validação de um instrumento. Três aspectos de validade podem ser avaliados operacionalmente: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

A validade de conteúdo refere-se à extensão pela qual o instrumento incorpora todos os elementos do fenômeno a ser estudado. Por exemplo, uma escala para depressão deveria incluir os sinais e sintomas comuns a esta condição: emocionais (tristeza, ansiedade), somáticos (distúrbios do sono, fraqueza, fadiga, perda de apetite), comportamentais (crises de choro, isolamento social, agitação, lentificação psicomotora), cognitivos (pessimismo, idéias de inferioridade, baixa auto-estima, desesperança) etc. (MARI, 1989). Para a avaliação da validade de conteúdo deve-se fazer um “mapa” dos diversos aspectos do objeto de interesse e compará-lo com os itens do instrumento. Não existem meios estatísticos para avaliar a validade de conteúdo. Ela depende da precisão do conteúdo avaliado ou de um consenso entre especialistas e da adequação com que os itens são colocados na escala (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

A validade de critério refere-se ao grau com que o instrumento discrimina sujeitos que diferem em determinadas características de acordo com um critério padrão. Quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, fala-se de validade concomitante ou concorrente, estuda-se a escala em comparação com outras já existentes ou com outras fontes. Quando o critério é avaliado no futuro, fala-se em validade preditiva, procurando-se medir o poder de predição da escala

quanto ao que acontecerá com o paciente. A validade de critério de um instrumento é estimada estatisticamente e expressa por meio da sua sensibilidade (proporção de casos positivos identificados corretamente), especificidade (proporção de casos negativos identificados corretamente), valor preditivo positivo (probabilidade de que casos detectados como positivos sejam realmente positivos) e valor preditivo negativo (probabilidade de que casos detectados como negativos sejam realmente negativos). Na validade convergente, examina-se o grau no qual o instrumento é similar a outros que teoricamente, ele deveria ser. E a validade discriminante diz respeito ao grau pelo qual um instrumento diverge de outros que teoricamente não deveria ser similar (CANTILINO, 2003).

A validade de construção refere-se ao grau no qual inferências legítimas podem ser feitas das operacionalizações do estudo para o construto teórico em cujas operacionalizações foram baseadas. Como a validade externa, está relacionada à generalização dos dados. Um estudo apenas não pode validar a medida de um conceito. A validade de construção requer um padrão de achados consistentes entre vários estudos envolvendo amostras e locais diferentes (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

Em psiquiatria infantil existem poucos instrumentos diagnósticos desenvolvidos e validados. Com relação aos TAs não existe, no mundo, nenhum instrumento diagnóstico para estudo epidemiológico validado com o uso de amostra clínica, planejado especificamente para a faixa etária infanto-juvenil. Alguns pesquisadores, como Carter et al. (2001) e Bryant-Waugh et al. (1996), produziram instrumentos diagnósticos de TAs que são adaptações daqueles planejados para adultos, que visam o uso em crianças e adolescentes. No entanto, sabe-se que a patologia

alimentar nessa faixa etária possui características muito próprias: crianças com 7-8 anos ainda não apresentam a capacidade de pensamento abstrato e auto-avaliação, habilidades necessárias para responder a itens, por exemplo, que determinem idéias supervalorizadas a respeito de peso e forma do corpo. Além disso, muitas questões são direcionadas a estabelecer as freqüências de determinados comportamentos pela criança, que pode não estar desenvolvida suficientemente para estimá-la ou não ser autorizada a manifestar esses comportamentos em função da supervisão dos adultos (BRYANT-WAUGH et al., 1996; MOYA, 2004).

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

4.5.4 Identificação dos adolescentes com sintomas de transtornos alimentares

Neste estudo, a identificação dos adolescentes que apresentavam sintomas de TAs foi feita através de questionários de auto-aplicação: o Teste de Atitudes Alimentares – versão para adolescentes (*Eating Attitudes Test – EAT-26*) (anexo A) e o Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo – versão para adolescentes (*Bulimic Investigatory Test of Edinburgh – BITE*) (anexo B).

Foram utilizadas versões para adolescentes, adequadas às faixas etárias pesquisadas, o que facilitou a compreensão das questões, diminuindo o viés de aferição (viés do instrumento da coleta de dados).

Antes de responderem aos questionários, os adolescentes foram esclarecidos quanto à forma auto - aplicativa do teste, para que não surgissem dúvidas durante o procedimento. A explicação dos termos técnicos, que pudessem surgir pela não compreensão de algum item, seguiu as recomendações do glossário de termos técnicos do trabalho de Sougey (1992).

Os adolescentes responderam aos questionários nos intervalos das aulas, em uma sala separada, na própria escola (Figura 2).

A aplicação e avaliação dos questionários foram realizadas por uma estudante de psicologia, aluna de iniciação científica, treinada e calibrada para este fim.



Figura 2- Aplicação dos questionários

4.5.4.1 Teste de atitudes alimentares - versão para adolescentes

O EAT-26 foi desenvolvido por Garner et al. (1982), já traduzido e validado no Brasil (NUNES et al., 1994, 2005; BIGHETTI et al., 2004). Seu ponto de corte é 20.

Da escala original de 40 itens, validada por Garner; Garfinkel (1979) em uma população feminina canadense de pacientes com AN e jovens universitárias sem história de distúrbio alimentar ou psiquiátrico, os autores excluíram 14 desses itens, por serem redundantes e não aumentarem o poder preditivo da escala, constituindo assim a EAT-26. Esta nova escala, além de ser mais simples e econômica no que diz respeito à aplicação, mostrou grande correlação com a escala original. O instrumento EAT-26 – originalmente construído para rastrear comportamentos presentes na AN – mede principalmente comportamentos alimentares restritivos,

como dieta e jejum, e comportamentos bulímicos, como a ingestão excessiva de alimentos e vômitos provocados. Esta escala de avaliação de TAs diferencia pacientes anoréxicos dos controles e também diferencia pacientes bulímicos dos controles. Não é possível fazer o diagnóstico com o teste, mas foi verificado que ele detectava casos clínicos em populações de alto risco e identificava indivíduos com preocupações anormais com relação à alimentação e peso. Sendo assim, o EAT-26 pode ser utilizado para identificar precocemente o TA, conduzir a um tratamento precoce e reduzir a morbidade e a mortalidade (DOTTI; LAZZARI, 1998; CORDÁS; NEVES, 1999; GARNER, 2000; NUNES et al., 2001; VILELA et al., 2004).

Na maioria dos estudos que utilizaram a escala EAT-26 entre adolescentes, a taxa de prevalência ficou entre 0,1 e 35% (NAKAMURA et al., 1999; PEREZ-GASPAR et al., 2000; ALL-ADAWI et al., 2002; BALLESTER et al., 2002; NEUMARK-SZTAINER et al., 2002; SUHAIL; ZAIB-U-NISA, 2002; GRABER; TYRKA; BROOKS-GUNN, 2003; VILELA et al., 2004; XIMENES, 2004; MARLOWE, 2005; RODRIGUEZ-CANO; BEATO-FERNANDEZ; BELMONTE-LIARIO, 2005; SIERVO et al., 2005; BAS; KIZILTAN, 2007; TSENG et al., 2007; YANEZ et al., 2007).

No entanto, a versão em português do EAT-26 que foi validada por Nunes et al. (2005) foi a tradução da escala em inglês para adultos. Como se trata de um estudo em adolescentes e por ser um questionário de auto-aplicação, alguns termos da linguagem poderiam ser de difícil compreensão. Optou-se, então, por se utilizar a versão para adolescentes de Bighetti et al. (2004), traduzida e validada em uma população de 365 adolescentes de 12 a 18 anos, na cidade de Ribeirão Preto –SP. Neste estudo, foi utilizado o referencial metodológico da tradução e retro-tradução do instrumento e métodos de análise estatística para avaliar a consistência interna

dos itens do teste, ou seja, a intensidade da concordância entre as versões traduzidas e sua confiabilidade. A validação e confiabilidade da consistência interna do teste, representadas pelo alpha de Cronbach 0,80 foram consideradas estatisticamente satisfatórias. Dessa forma, o EAT-26 encontrou-se em ótimas condições para ser aplicado em adolescentes, auxiliando no pré-diagnóstico de possíveis casos de TAs.

A avaliação do teste é feita dependendo do tipo de resposta às 26 questões, quando um escore é calculado. Adolescentes com mais de 20 pontos foram classificados como apresentando comportamento alimentar sugestivo de anormalidade ou possuem *indicativo ou sintomas de transtorno alimentar*. Cada questão, dividida em 3 escalas do tipo Likert, apresenta 6 opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha. Os valores numéricos para cada resposta são:

S (sempre) = 3;

MF (muito freqüente) = 2;

F (freqüente) = 1;

AV (às vezes) = 0;

R (raramente) = 0

N (nunca) = 0.

Exceto para a questão de número 25, quando estes valores são invertidos para:

S (sempre) = 0;

MF (muito freqüente) = 0;

F (freqüente) = 0;

AV (às vezes) = 1;

R (raramente) = 2

N (nunca) = 3.

Por fim, as pontuações de cada item são somadas e obtém-se um escore final (NUNES et al., 1994, 2005; BIGHETTI et al., 2004).

Os adolescentes que apresentaram um escore maior ou igual a 21 foram considerados como portadores de sintomas ou indicativo de TA.

4.5.4.2 Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo - versão para adolescentes

O Bulimic Investigatory Test of Edinburgh – BITE (HENDERSON; FREEMAN, 1987) foi desenhado para identificar indivíduos com compulsão alimentar e avaliar os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à BN. Pode ser utilizado em investigações populacionais ou em amostras clínicas. Inclui duas escalas: uma de sintomas (30 itens sim/ não, com escore variando de 0 a 30) e outra de gravidade (3 itens dimensionais). Esses dois escores podem ser adicionados para produzir um escore total. Na escala de sintomas, um escore elevado (≥ 20) indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar com grande possibilidade de BN; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não-usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica, e escores abaixo de 10

estão dentro do limite da normalidade. Na escala de gravidade, um escore > 5 é considerado clinicamente significativo, e ≥ 10 indica elevado grau de gravidade. O instrumento apresentou adequadas propriedades psicométricas no estudo original. Foi traduzido para o português como Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo (CORDÁS; HOCHGRAF, 1993) e está validado em população brasileira (NUNES, 2003).

Na maioria dos estudos que utilizaram a escala BITE entre adolescentes, a taxa de prevalência ficou entre 0,1 e 18,4% (ALL-ADAWI et al., 2002; BHUGRA et al., 2003; MIOTTO et al., 2003; VILELA et al., 2004; RODRIGUEZ-CANO; BEATO-FERNANDEZ; BELMONTE-LIARIO, 2005; TSENG et al., 2007).

Semelhante ao EAT-26, o teste também foi traduzido para o português baseado na versão validada em adultos (NUNES, 2003). Procedeu-se a validação da versão para adolescentes, para que fosse utilizada na amostra deste estudo.

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

Sendo assim, neste estudo o BITE foi traduzido do inglês para o português por três tradutores independentes, nativos em país de língua portuguesa com domínio da língua inglesa e membros de uma equipe multiprofissional do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco. As traduções foram

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

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

Confirmada a versão em português do BITE, foi realizado um estudo piloto com 109 estudantes de ambos os gêneros, estudantes de duas escolas públicas estaduais da cidade de Recife com idade entre 12 e 16 anos, que foram escolhidos aleatoriamente por sorteio para responderem ao questionário, segundo esta versão, em dois momentos: no primeiro, os 109 questionários foram aplicados por uma única pesquisadora; no segundo, uma semana depois, foram reaplicados nos mesmos adolescentes, 54 pela mesma pesquisadora e 55 por uma segunda pesquisadora.

O teste, que é auto-administrável, foi aplicado nas escolas em uma sala de aula apenas com a presença das pesquisadoras, e recebeu a anuência dos pais, ou seja, uma carta solicitando permissão aos pais para a aplicação do teste (apêndice A).

Após o consentimento dos pais e do adolescente, cada um respondeu ao questionário BITE.

A representação esquemática da validação da versão para adolescentes é apresentada na figura 3.

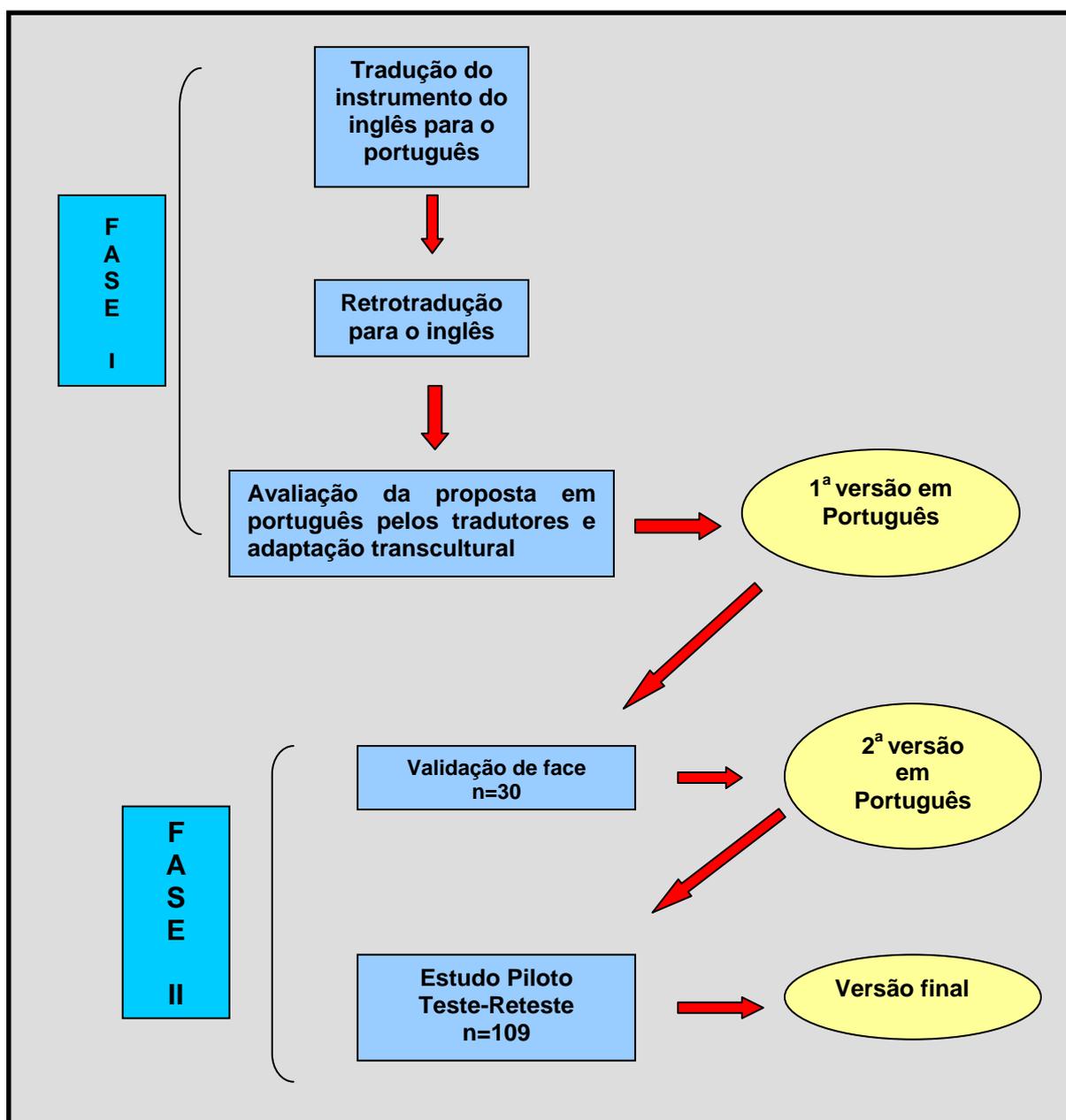


Figura 3 – Representação esquemática das fases de tradução e análise do BITE

Para a validação do questionário foram obtidos os dados de coincidência observada e kappa intra examinador e inter-examinador e obtido o Alfa de Cronbach.

O Escore de Kappa é uma medida que varia entre -1 e + 1 e quando igual à 1 indica perfeita concordância entre os exames ou entre os examinadores. Um índice

igual a zero equivale à classificação aleatória ou independência entre os exames ou entre examinadores; quanto mais próximo de 1, mais coincidentes são as avaliações e quanto mais próximo de -1, menos coincidentes. Este índice é igual à -1,00 se nenhuma avaliação for coincidente (COHEN, 1960).

Uma escala sugerida para se interpretar os escores de Kappa é a seguinte:

< 0,20	Pobre
0,21 - 0,40	Razoável
0,41 - 0,60	Moderada
0,61-0,80	Boa
0,81-0,99	Ótima
1,00	Perfeita (LANDIS; KOCH, 1997).

O Alfa de Cronbach é um modelo de consistência baseado sobre a média da correlação entre itens. A verificação da confiabilidade dos instrumentos é feita por meio de uma medida da variância do conjunto de valores, os quais são obtidos com a resposta às questões dos instrumentos. Nesse caso, é então utilizado o coeficiente alfa de Cronbach como indicador de confiabilidade. Esse coeficiente mostra a intensidade de correlação entre os itens de um questionário, sendo definido de acordo com a seguinte equação:

$$\alpha = \left(\frac{m}{m-1} \right) \left[1 - \frac{\left(\sum_{j=1}^m \text{Var } x_j \right)}{\text{Var } \sum_{i=1}^n x_i} \right] \quad (4)$$

Em que:

m = número de questões do instrumento de medição;

n = número de respondentes;

$Var x_j$ = variância entre valores de qualidade de serviço de n respondentes para a questão j ; e

x_i = valores do questionário correspondentes às respostas de n respondentes (COHEN, 1960).

Como exemplo da intensidade de correlação entre os itens de um questionário, pode-se verificar se esse coeficiente aumenta depois de eliminar um item da escala de medição (questionário). Se isso ocorrer, pode-se assumir que esse item não é altamente correlacionado com os outros itens da escala. Por outro lado, se o coeficiente diminuir pode ser assumido que esse item é altamente correlacionado com os outros itens da escala. Dessa forma, o alfa de Cronbach determina se a escala é realmente confiável, pois avalia como cada item reflete sua confiabilidade

Os resultados do estudo sobre coincidência são apresentados na Tabela 6. Desta tabela observa-se que o menor percentual da concordância observada foi 88,9% e o menor valor de kappa foi 0,60, indicando que a concordância variou de boa a excelente. Na análise intra-examinador, o menor percentual de coincidência observada correspondeu a 88,9%, enquanto que o valor de kappa foi no mínimo igual a 0,73.

Tabela 6 – Análise da concordância intra e inter-examinador para os dados da escala da ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Variável	Avaliação	Concordância			
		Observada ⁽¹⁾ n	%	Kappa	IC (95%)
• Segue um padrão regular de alimentação? (P1)	Intra-examinador	53	98,1	0,96	(0,89 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,88 a 1,00)
• Costuma seguir dietas rigorosas? (P2)	Intra-examinador	53	98,1	0,85	(0,55 a 1,00)
	Inter-examinador	51	92,7	0,71	(0,45 a 0,97)
• Considera uma fracasso quebrar a dieta uma vez? (P3)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	51	92,7	0,80	(0,61 a 0,99)
• Conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta? (P4)	Intra-examinador	49	90,7	0,68	(0,43 a 0,94)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• De vez em quando, fica sem se alimentar o dia inteiro? (P5)	Intra-examinador	53	98,1	0,93	(0,80 a 1,00)
	Inter-examinador	52	94,5	0,85	(0,69 a 1,00)
• Com que frequência fica sem se alimentar o dia inteiro? (P6)	Intra-examinador	51	94,4	0,80	(0,67 a 0,92)
	Inter-examinador	54	98,2	0,97	(0,74 a 0,99)
• Método utilizado para perder peso (comprimidos) (P7_1)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Método utilizado para perder peso (diuréticos) (P7_2)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Método utilizado para perder peso (laxantes) (P7_3)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Método utilizado para perder peso (provoca vômitos) (P7_4)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Seus hábitos alimentares atrapalham sua vida? (P8)	Intra-examinador	52	96,3	0,73	(0,37 a 1,00)
	Inter-examinador	51	92,7	0,80	(0,61 a 0,99)
• Diria que a comida “domina” a sua Vida? (P9)	Intra-examinador	48	88,9	0,60	(0,31 a 0,89)
	Inter-examinador	53	96,4	0,90	(0,77 a 1,00)
• De vez em quando, come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar? (P10)	Inter-examinador	52	96,3	0,89	(0,75 a 1,00)
	Intra-examinador	53	96,4	0,92	(0,82 a 1,00)

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

Tabela 6 – Análise da concordância intra e inter-examinador para os dados da escala da ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Variável	Avaliação	Concordância			
		Observada ⁽¹⁾ N	%	Kappa	IC (95%)
• Há momentos que você só consegue pensar em comida? (P11)	Intra-examinador	52	96,3	0,92	(0,82 a 1,00)
	Inter-examinador	50	90,9	0,81	(0,65 a 0,97)
• Come moderadamente em frente Aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho? (P12)	Intra-examinador	51	94,4	0,87	(0,73 a 1,00)
	Inter-examinador	49	89,1	0,73	(0,52 a 0,93)
• Sempre consegue parar de comer quando quer? (P13)	Intra-examinador	52	96,3	0,89	(0,75 a 1,00)
	Inter-examinador	52	94,5	0,77	(0,52 a 1,00)
• De vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar? (P14)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,93	(0,83 a 1,00)
• Quando está ansioso tende a comer muito? (P15)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,90	(0,77 a 1,00)
• A idéia de ficar gordo(a) apavora? (P16)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,93	(0,83 a 1,00)
• De vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)? (P17)	Intra-examinador	53	98,1	0,96	(0,89 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,89 a 1,00)
• Alguma vez, sentiu vergonha dos seus hábitos alimentares? (P18)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,87 a 1,00)
• O fato de não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa? (P19)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,88 a 1,00)
• Busca na comida um conforto emocional? (P20)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição (P21)	Intra-examinador	52	96,3	0,93	(0,82 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Engana os outros sobre o quanto come? (P22)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• A quantidade que come é proporcional a fome que sente? (P23)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)

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

Tabela 6 – Análise da concordância intra e inter-examinador para os dados da escala da ocorrência de sintomas para BN (BITE)

Variável	Examinador	Concordância			
		Observada ⁽¹⁾ N	%	Kappa	IC (95%)
• Já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? (P24)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,92	(0,81 a 1,00)
• Esses episódios o deixaram deprimido? (P25)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	51	92,7	0,85	(0,70 a 1,00)
• Esses episódios acontecem sempre quando está sozinho(a)? (P26)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	53	96,4	0,93	(0,78 a 1,00)
• Com que frequência esses episódios acontecem? (P27)	Intra-examinador	52	96,3	0,93	(0,74 a 1,00)
	Inter-examinador	52	94,5	0,88	(0,80 a 0,97)
• Faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer? (P28)	Intra-examinador	53	98,1	0,95	(0,85 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,94	(0,83 a 1,00)
• Se comer demais, sente-se culpado por isso? (P29)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• De vez em quando, come escondido? (P30)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	54	98,2	0,96	(0,87 a 1,00)
• Consideraria seus hábitos alimentares normais? (P31)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? (P32)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
• Seu peso aumenta ou diminui mais Que 2kg em uma semana? (P33)	Intra-examinador	54	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)
	Inter-examinador	55	100,0	1,00	(1,00 a 1,00)

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

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

Os adolescentes que obtiveram um escore superior a 10 no BITE, foram considerados como portadores de indicativos de sintomas de BN. Todos os adolescentes submetidos aos testes EAT-26 e BITE também passaram por um exame clínico para avaliação da sua saúde bucal.

Os adolescentes responderam também a um pequeno questionário contendo dados biodemográficos (apêndice B).

4.5.5 Identificação de adolescentes com sintomas depressivos

Os adolescentes com sintomas depressivos foram identificados através de um instrumento de *screening* denominado Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para Depressão, o QAEH-D (anexo C).

O QAEH-D (CARR et al., 1981) foi desenvolvido na Universidade de Londres a partir da Escala de Depressão de Hamilton – EDH (HAMILTON, 1967) -, apresentando algumas modificações. Os itens obsessão e paranóia foram excluídos na versão modificada, por não serem apropriados para a auto-avaliação. Os itens agitação, lentificação e *insight* foram também excluídos por dependerem da avaliação de um observador. Foram adicionados itens para ideação suicida, por serem considerados importantes no planejamento da conduta clínica em pacientes com depressão. No total, o QAEH-D ficou com 18 itens.

Quando selecionado um ponto de corte de 10, as informações obtidas pelo QAEH-D foram bastante precisas em discriminar pacientes deprimidos de um grupo controle normais (CARR et al., 1981). Outros estudos demonstraram que o QAEH-D apresentou uma alta correlação com a EDH, sendo utilizado em pesquisa de tratamento farmacológico de pacientes com depressão (AKHTAR et al., 1983). Foi ainda observado que o questionário conseguiu fazer a previsão do suicídio com precisão maior do que os clínicos (LEVINE; ANCILL; ROBERTS, 1989).

A tradução do inglês para o português do QAEH-D (CARVALHO et al., 1993) manteve a estrutura e o conteúdo do questionário original e o seu desempenho psicométrico em população brasileira foi validado por Moraes (1996) quando procurou identificar casos suspeitos de depressão em uma amostra de 77 pacientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa. Foi verificado que 24 pacientes obtiveram um escore >10 após responderem ao QAEH-D e foram considerados casos suspeitos de depressão, sendo posteriormente submetidos à confirmação do diagnóstico. Apenas em 3 pacientes não foi confirmado o diagnóstico de depressão. Foi encontrada uma frequência de 27,3%. Neste estudo, o teste mostrou-se valioso como instrumento de *screening* e a diferença de médias entre os escores nos grupos dos deprimidos e não-deprimidos, mostrou-se altamente significativa ($p < 0,001$), indicando que o teste discrimina bem os pacientes com depressão e os controles.

4.5.6 Exame clínico bucal

4.5.6.1 Calibração intra-examinador

Os objetivos da padronização e calibração de examinadores nos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são: assegurar uma interpretação, entendimento e aplicação uniformes dos critérios para as doenças e condições a serem observadas e registradas; assegurar que cada examinador possa verificar dentro de um padrão consistente e minimizar variações entre os diferentes examinadores. A não valorização das etapas de preparação dos examinadores, bem como a falta de padronização dos critérios de exame pode levar a erros e interpretações, levando à inconsistência de resultados (WHO, 1993; CANGUSSO; COSTA, 2001; GUSHI et al., 2005).

Para a realização dos exames clínico-epidemiológicos, foi treinada uma profissional da área odontológica, auxiliada por uma anotadora treinada para seguir instruções e registrar com exatidão os códigos e critérios dos exames. Houve a presença de um monitor com funções pré-definidas de: conduzir os examinados ao local de exame, fazer a identificação dos adolescentes com o crachá contendo o número correspondente e realizar palestras sobre higiene bucal após os exames clínicos.

O período do treinamento teórico da equipe de exame acerca dos critérios estabelecidos seguiu a recomendação da OMS, e teve a duração de 2 dias. O exercício prático de calibração foi realizado em 6 adolescentes, seguindo as recomendações do último levantamento epidemiológico nacional (BRASIL, 2004).

A calibração intra-examinador foi realizada durante a coleta de dados. A partir da observação de que um percentual dos exames repetidos por um dentista varia devido a motivos de fadiga, acuidade visual e tátil, flutuações na motivação no decorrer da pesquisa, entre outros, preconiza-se que, durante o trabalho de campo, o examinador realize o exame em duplicata, ou seja, que reexamine em torno de 5 a 10% da amostra (repita 1 exame em cada grupo de 10), para que seja aferida a consistência interna e minimizada, dessa maneira, a ocorrência de diagnósticos inconsistentes (WHO,1997; PERES; PERES, 2006). Na medida do possível, o examinador não deve identificar o indivíduo selecionado para o reexame, o que poderia influenciar o seu grau de atenção, e conseqüentemente, as observações. O anotador era o responsável por selecionar os adolescentes para o exame em duplicata do levantamento. Esses exames foram realizados no início, na metade e no fim do levantamento.

Com relação à escolha do local do exame, foram considerados: as condições do espaço físico, a iluminação e a ausência de barulho excessivo. A área escolhida para os exames deveria possibilitar conforto e eficiência para a equipe. A iluminação foi padronizada para os dois tipos de exames: natural para o exame de cárie e erosões; natural e artificial com uma pequena lanterna, para o exame de tecidos moles. Segundo Lacerda (2006), a iluminação pode ser natural ou artificial, sendo preferível a natural nos exames diurnos.

Para a realização dos exames, foi adotado o instrumental preconizado pela OMS, composto por: 01 (um) espelho bucal plano com cabo; espátula de madeira; luvas de borracha e 01 (uma) sonda conhecida como “sonda CPI” para auxiliar no exame visual e tátil do tecido dentário. A esse respeito, vale ressaltar que a sonda foi empregada apenas para remoção de depósitos sobre os dentes, identificar selantes e confirmar alterações verificadas visualmente, porém suavemente. É contra-indicado o uso de pressão no exame das superfícies e cavidades dentárias (BRASIL, 2006; NARVAI et al., 2006).

O exame foi feito sem secagem prévia e a padronização foi pré-estabelecida.

O exame extra-bucal foi realizado na seguinte seqüência: a) visão geral das áreas externas de pele (cabeça e pescoço); b) partes cutâneas dos lábios superiores e inferiores; c) linha cutâneo-mucosa de lábio e comissuras. Os códigos utilizados para a detecção de hipertrofia das glândulas salivares foram: a) aparência normal; b) hipertrofia das glândulas parótidas; c) hipertrofia das glândulas sublinguais; d) hipertrofia das glândulas submandibulares; e) hipertrofia de mais de uma glândula.

O exame da mucosa bucal, dos tecidos moles da boca e ao redor desta, obedeceu à seguinte seqüência: a) mucosa labial e sulco vestibular (superior e inferior); b) porção labial das comissuras e mucosa bucal (direita e esquerda); c) língua (superfícies dorsal e ventral, bordas); d) assoalho da boca; e) palatos duro e mole; f) crista alveolar/ gengiva (superior e inferior). Os códigos utilizados para a detecção de queilite foram: a) presença de únicas ou múltiplas fissuras, sangrantes ou não na região do lábio; b) aparência normal. Os códigos utilizados para a detecção de mucosites foram: a) aspecto normal; b) eritema no palato; c) eritema na orofaringe; d) eritema no palato e orofaringe. Para constatação da presença ou

ausência de gengivites foram utilizados o índice de placa visível (IPV) e o índice de sangramento gengival (ISG)¹.

Para a determinação do índice IPV, foi observada a presença ou ausência de placa dentária nos elementos 16, 11, 26, 36, 31, 46, através do exame visual. Em seguida, se procedeu ao cálculo de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{IPV} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dentes com placa} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de dentes presentes}} =$$

De acordo com Oppermann; Rösing (1999), a classificação ocorre segundo os valores abaixo:

< 33,3% - Leve

33,3% - 66,6% - Moderada

>66,6% - Grave

Para a determinação do índice ISG, foi observada a presença ou ausência de sangramento nos elementos 16, 11, 26, 36, 31, 46, através da sondagem com a sonda CPI. Em seguida, se procedeu o cálculo de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{ISG} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dentes com sangramento} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de dentes presentes}} =$$

De acordo com Oppermann; Rösing (1999), a classificação ocorre segundo os valores abaixo:

< 33,3% - Leve

33,3% - 66,6% - Moderada

>66,6% - Grave

¹ Foi utilizada a modificação dos índices IPV e ISG feita pela Professora Márcia Maria Dantas Cabral de Melo e adotada no curso de Odontopediatria da UFPE, onde o cálculo é realizado por dente e não por superfície.

Para o exame da experiência de cárie na dentição permanente (apenas coroa clínica), foram considerados os critérios: a) hígido; b) cariado; c) restaurado com cárie; d) restaurado sem cárie; e) perdido por cárie; f) perdido por outras razões; g) selante; h) apoio de ponte, coroa ou faceta/ implante; i) dente não erupcionado; j) trauma.

Para a avaliação das erosões, foram utilizados os critérios: ausência ou presença de lesões. Quanto à localização, foram consideradas: a) borda incisal do elementos anteriores; b) face palatina/lingual dos elementos anteriores; c) elementos posteriores; d) mais de uma face acometida. Para avaliação do bruxismo, foram utilizados os critérios: a) presença do hábito e b) ausência.

Segundo a OMS, a posição a ser escolhida para a realização dos exames dependerá das condições locais e da disponibilidade de equipamentos. Neste estudo, foi utilizada a posição de exame recomendada pelo Manual de Detecção de Lesões Suspeitas (Câncer de Boca) da OMS, com o examinado sentado à frente do examinador, num mesmo plano, e o anotador, de pé, posicionado atrás do examinado (Figura 4). Para o diagnóstico das lesões dos tecidos dentários a mesma posição foi adotada, de acordo também com o projeto SB Brasil. Os demais pacientes aguardavam sua vez de serem examinados, numa atividade paralela de palestra educativa e monitorada.



Figura 4 – Posição do examinador e do anotador

Para a avaliação da consistência intra-examinador, os dados produzidos foram organizados e transcritos em planilhas eletrônicas, para a realização da estatística de Kappa. Para a informatização do banco de dados, assim como sua análise estatística, vários pacotes estatísticos podem ser utilizados (WHO, 1997; FRIAS; ANTUNES; NARVAI, 2004; PERES; PERES, 2006).

Com o objetivo de se verificar o grau de calibração na avaliação das lesões, 60 alunos foram re-avaliados pela mesma examinadora e foram obtidos os escores de coincidência de Kappa e um intervalo para este parâmetro com confiabilidade de 95,0% para o Kappa populacional. Através do intervalo de confiança para este índice é possível verificar a hipótese de que Kappa populacional é ou não igual à zero.

Os valores do teste Kappa para o exame da cárie dentária e das lesões bucais apresentaram uma ótima concordância após a avaliação intra-examinador deste estudo, alcançando valores que variaram de 0,83 a 1,00, no exame de lesões; no

exame do índice CPO-D, o valor foi de 0,95 (tabelas 7 e 8). Conclui-se que a examinadora estava calibrada.

Tabela 7 – Análise da concordância intra-examinador segundo a ocorrência de alterações bucais

Variáveis	Observada		Concordância	
	n	%	Kappa	IC (95%)
• Gengivite	60	100,0	1,00	1,00 a 1,00
• Quelite	60	100,0	1,00	1,00 a 1,00
• Bruxismo	57	95,0	0,85	0,68 a 1,00
• Mucosite	57	95,0	0,83	0,64 a 1,00
• Erosões dentais	60	100,0	1,00	1,00 a 1,00
• Hipertrofia das Glândulas salivares	60	100,0	1,00	1,00 a 1,00

Tabela 8 – Análise da concordância intra-examinador para o exame do CPO-D

Examinador	Observada		Concordância	
	n	%	Kappa	IC (95%)
1	607	98,5	0,95	0,92 a 0,98

4.5.3.2 Critérios utilizados durante o exame clínico bucal

O exame clínico constou do preenchimento de uma ficha clínica (apêndice C) e os critérios para as lesões avaliadas foram:

(a) Índice CPO-D, que mede o ataque de cárie dental à dentição permanente. Suas iniciais significam, respectivamente: dentes cariados (C), perdidos (P), obturados (O) e a unidade de medida que é o dente (D). Os perdidos (P) subdividem-se em extraídos (E) e com extração indicada (Ei). O total de dentes atacados representa a experiência individual de cárie e o CPO-D médio para um grupo é obtido pela divisão de todos os dentes atacados pelo número de indivíduos examinados. Desde a sua publicação por Klein; Palmer em 1937, o CPO-D tornou-se o mais utilizado dentre todos os índices odontológicos, mantendo-se hoje como o ponto básico de referência para o diagnóstico de cárie. Com um enfoque mais amplo, a OMS estabelece a seguinte escala de severidade da cárie para a idade de 12 anos:

CPO-D 0,1 a 1,1 – prevalência muito baixa

CPO-D 1,2 a 2,6 – prevalência baixa

CPO-D 2,7 a 4,4 – prevalência moderada

CPO-D 4,5 a 6,5 – prevalência alta

CPO-D igual ou maior que 6,6 – prevalência muito alta (PINTO, 1990).

(b) Índice IPV, que mede o índice de placa visível. A presença e distribuição da placa supragengival é o primeiro passo a ser realizado num exame clínico periodontal. O IPV, uma adaptação do índice de placa de Ainamo; Bay, de 1975 (OPPERMAN; ROSING, 1997), foi utilizado de forma simplificada, na medida em que somente se considerou a presença ou não de placa dental visível. Foram analisados apenas os elementos 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Os valores em percentual foram atribuídos para ausência ou presença de placa dental visível, respectivamente,

identificada durante inspeção clínica e visual dos dentes sem auxílio de corantes. Este dado permitiu verificar a capacidade de controle de placa do paciente. O índice de placa visível era considerado baixo quando apresentava valores até 33,33%, médio de 33,34% até 66,66% e alto entre 66,67% até 100,0%.

(c) Índice ISG, que mede o índice de sangramento gengival é uma adaptação do índice de Silness; Løe de 1963. Em seguida à realização do IPV, procedeu-se a determinação do ISG. Para a verificação deste índice utilizou-se uma sonda periodontal, preferentemente de secção circular ou sonda CPI, a qual era inserida levemente (em torno de 0,5 mm) na entrada do sulco gengival e percorrida por toda sua extensão delicadamente. Após esse procedimento aguardava-se alguns segundos para verificar se ocorreria ou não o sangramento gengival (OPPERMAN; ROSING, 1997). A presença de sangramento levaria ao diagnóstico de gengivite. O índice de sangramento gengival era considerado baixo quando apresentava valores até 33,33%, médio de 33,34% até 66,66% e alto entre 66,67% até 100,0%;

(d) Alterações nos tecidos moles bucais: para observar se existia a presença de mucosites, hipertrofia de glândulas salivares e queilites;

(e) Erosões dentais: para verificar a presença das mesmas nas bordas incisais dos elementos anteriores, como também se havia projeção das restaurações decorrentes do processo de erosão dos elementos dentários e verificar a presença de bruxismo.

Os códigos e critérios utilizados nos exames foram padronizados de acordo com a OMS (apêndice D).

4.5.4 Estudo Piloto

Após o Consentimento formal do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que regulamenta a pesquisa em seres humanos, foi desenvolvido um projeto piloto com a intenção de avaliar as condições de aplicabilidade dos instrumentos necessários à realização da pesquisa.

Primeiramente foi realizada a padronização da aplicação dos instrumentos de coleta entre a equipe da pesquisa, composta pela pesquisadora responsável, cirurgiã-dentista e doutoranda em Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE (Rosana Christine Cavalcanti Ximenes); duas cirurgiãs-dentistas (Wivian Lima e Mirella Albuquerque), três estudantes do Curso de Graduação em Medicina - UFPE (Filipe Ramos Lima, Alexandre Loureiro e Juliana Alencar) e uma aluna do Curso de Graduação em Psicologia – UFPE (Tatiana Bertulino). As três primeiras realizaram os exames clínicos bucais nos adolescentes, sendo uma examinadora e duas anotadoras, que se revezavam entre si. Os quatro últimos, alunos bolsistas e voluntários PIBIC-UFPE, aplicavam os questionários de identificação de adolescentes com sintomas de TAs e o questionário de identificação de sintomas depressivos, além de se responsabilizarem pelo sorteio dos alunos e avaliação dos questionários.

O projeto piloto foi realizado em uma escola pública estadual na cidade do Recife, Escola Maciel Pinheiro, durante o período de duas semanas, onde pesquisadora e assistentes avaliaram 100 adolescentes.

Foram aplicados os questionários, sob as condições propostas para a pesquisa, assim como o preenchimento da ficha clínica para coleta dos dados sobre a saúde oral.

Após a realização e discussão do projeto piloto foi iniciada a etapa de coleta de dados propriamente dita, onde a pesquisadora e assistentes examinaram adolescentes de escolas públicas estaduais na cidade do Recife.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e aprovado sob o protocolo de número 192/06 (anexo D).

Participaram desse estudo os adolescentes cujos responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice E). Os adolescentes foram também informados dos propósitos da pesquisa e sua participação foi voluntária.

RISCOS: Os riscos estariam ligados a algum constrangimento que o adolescente pudesse ter para responder aos questionários, e no exame odontológico, o adolescente poderia apresentar medo ou ansiedade relacionados a alguma experiência anterior negativa, mas como se tratava apenas de uma observação, a possibilidade de ocorrer algum problema era pequena.

BENEFÍCIOS: Caso o adolescente tivesse alguma indicação de tratamento, seria encaminhado ao ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - UFPE e aos postos de Saúde da Prefeitura do Recife mais próximos de sua residência que possuísem atendimento odontológico e receberia as instruções devidas. Os

adolescentes também foram convidados a participarem do Projeto de Extensão desenvolvido para o atendimento de adolescentes com sintomas de TAs e depressão, que inclui o atendimento psicológico, fonoaudiológico e odontológico.

4.7 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas e percentuais e medidas as estatísticas: média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação, valor mínimo e valor máximo (Técnicas de estatística descritiva) e foram utilizados os testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson, t-Student com variâncias iguais ou desiguais (Técnicas de estatística inferencial). A verificação da hipótese de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F de Levene.

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

4.8 PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados foram digitados na planilha Excel e o *software* utilizado para a obtenção dos cálculos estatísticos foi o SAS (Statistical Analysis System) na versão 8.0.

5 RESULTADOS

A idade dos alunos pesquisados variou de 12 a 16 anos, teve média de 14,22 anos, mediana de 14,00 anos, desvio padrão de 1,42 anos e coeficiente de variação de 9,99%.

A Tabela 9 mostra que o percentual das faixas etárias analisadas variou de 16,6%, com 12 anos, até 25,4%, correspondente aos que tinham 16 anos e que cada gênero correspondeu a aproximadamente metade da amostra.

Tabela 9 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a idade e gênero

Variável	n	%
• Idade (anos)		
12	108	16,6
13	114	17,5
14	122	18,8
15	141	21,7
16	165	25,4
• Gênero		
Masculino	324	49,8
Feminino	326	50,2
TOTAL	650	100,0

Na Tabela 10, destaca-se que: a maioria (92,5%) dos pesquisados tinham irmãos. Dentre estes, os percentuais mais elevados corresponderam ao caçula (39,2%) e ao mais velho (33,8%); aos que tinham 3 a 4 irmãos (46,2%) e 5 a 6 irmãos (36,3%); aos que tinham 7 ou mais e de 5 a 6 cômodos na residência (30,9%). A maioria (73,1%) afirmou que o pai ou responsável lia com facilidade. Os dois maiores percentuais corresponderam aos que a escolaridade do responsável

era nível fundamental 2 (5^a a 8^a série, com 38,8% da amostra) e ensino médio (27,4%).

Tabela 10 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo os dados biodemográficos

Variável	n	%
• Tem irmãos?		
Sim	598	92,0
Não	52	8,0
• Posição na escala de filhos		
Não tem irmãos	52	8,0
Caçula	255	39,2
Mais velho	220	33,8
Intermediário	121	18,6
Não informou o lugar	2	0,3
• Número de pessoas morando na residência		
Até 2	45	6,9
3 a 4	300	46,2
5 a 6	236	36,3
7 ou mais	69	10,6
• Número de cômodos da residência		
Até 2	81	12,5
3 a 4	93	14,3
5 a 6	201	30,9
7 ou mais	275	42,3
• Pai ou responsável consegue ler uma revista?		
Não consegue ler	58	8,9
Sim, lê com dificuldade	117	18,0
Sim, lê com facilidade	475	73,1
• Escolaridade do responsável		
Fundamental 1 (1 ^a a 4 ^a série)	107	16,5
Fundamental 2 (5 ^a a 8 ^a série)	252	38,8
Ensino médio	178	27,4
Ensino superior	91	14,0
Nunca foi à escola	22	3,4
TOTAL	650	100,0

A gengivite foi a alteração mais prevalente em tecidos moles, sendo verificada em mais da metade (56,2%) da amostra. A quelite, mucosite e hipertrofia estavam presentes em 23,4%, 21,7% e 27,8%, respectivamente. A alteração em tecido duro mais presente foi a cárie (51,8%), seguido da erosão (41,7%), conforme dados apresentados na Tabela 11. Em relação à localização das alterações observa-se que: nas mucosites, o local mais freqüente foi no palato; na hipertrofia das glândulas salivares, as glândulas parótidas foram as mais atingidas (17,8%); para a erosão, o menor percentual correspondeu às faces incisais anteriores e variou de 11,8% a 13,9% as outras 3 faces.

Tabela 11 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de alterações bucais e localizações nos tecidos mole e duro

Variável	n	%
• Alterações em tecidos moles		
• Mucosite		
Sim	141	21,7
Não	509	78,3
• Localização		
Não apresentou	509	78,3
Palato	128	19,7
Orofaringe	9	1,4
• Queilite		
Sim	152	23,4
Não	498	76,6
• Gengivite		
Sim	365	56,2
Não	285	43,8
• Hipertrofia das glândulas salivares		
Sim	181	27,8
Não	469	72,2
• Localização		
Não apresentou	469	72,2
Hipertrofia das glândulas sublinguais	15	2,3
Hipertrofia das glândulas parótidas	116	17,8
Hipertrofia das glândulas submandibulares	50	7,7
• Alterações em tecidos duros		
▪ Erosão		
Sim	271	41,7
Não	379	58,3
• Localização		
Não apresentou	379	58,3
Erosão face incisal de anteriores	21	3,2
Face palatina/lingual anteriores	89	13,7
Elementos Posteriores	84	12,9
Mais de uma face	77	11,8
Experiência de Cárie		
Sim	337	51,8
Não	313	48,2
TOTAL	650	100,0

O ISG foi classificado como leve em aproximadamente metade da amostra (51,8%), como moderado em 42,2% e severo em 6,0%. Com relação ao IPV, o maior percentual (48,2%) correspondeu aos alunos que tinham o índice classificado como moderado e o restante, se subdividiu entre os que tinham o índice severo (31,8%) ou leve (19,8%), conforme dados apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 – Avaliação do grau dos índices de sangramento gengival e de placa visível

Variável	n	%
• Índice de sangramento gengival (ISG)		
Leve	337	51,8
Moderado	274	42,2
Severo	39	6,0
TOTAL	650	100,0
• Índice de placa visível (IPV)		
Leve	129	19,8
Moderado	314	48,2
Severo	207	31,8
TOTAL	650	100,0

Da Tabela 13 destaca-se que: experiência de cárie (um ou mais dentes cariados, obturados ou perdidos) foi registrada em 68,2% dos pesquisados e bruxismo em 54,8%.

Tabela 13 – Distribuição dos alunos pesquisados segundo a presença de bruxismo e experiência de cárie

Variável	n	%
• Presença de bruxismo		
Sim	356	54,8
Não	294	45,2
• Experiência de cárie		
Sim	443	68,2
Não	207	31,8
TOTAL	650	100,0

Do total de alunos pesquisados, 215 (33,1%) foram considerados como positivos em relação aos sintomas de TAs, de acordo com o EAT-26, e 435 (66,9%) foram classificados como negativo (Gráfico 1).

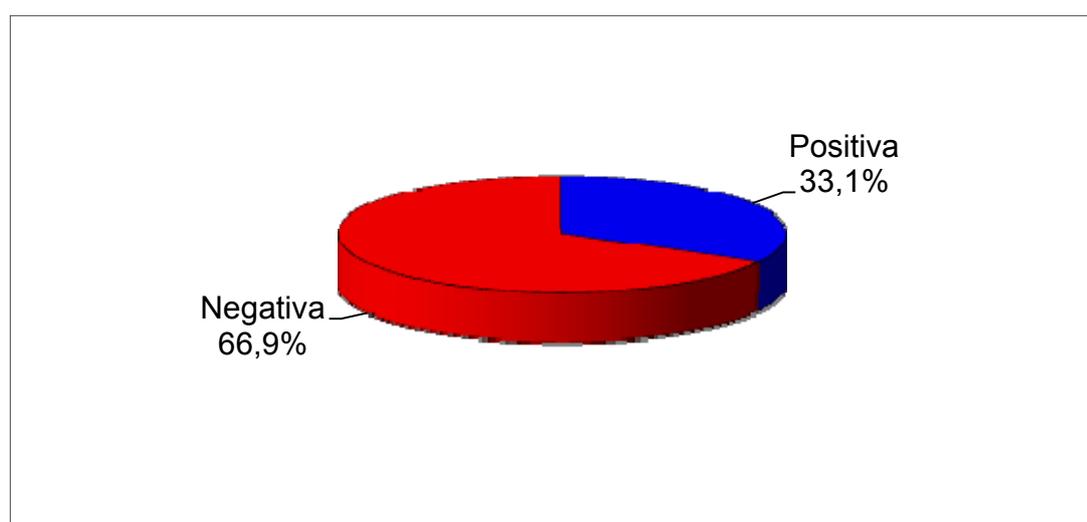


Gráfico 1 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de sintomas de TA (EAT-26)

A maioria, 402 alunos (61,8%), foi considerada negativa para sintomas de BN, através do BITE; 237 (36,5%) tinham escore médio e 11 (1,7%) tinham escore elevado (Gráfico 2).

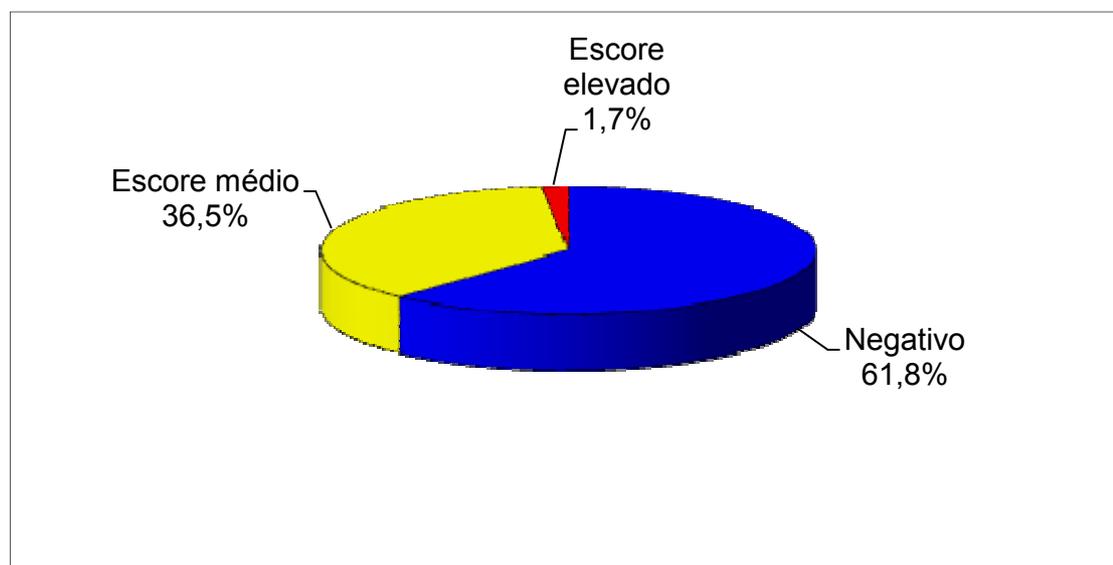


Gráfico 2 – Distribuição do número de alunos pesquisados segundo a presença de sintomas de BN (BITE)

Nas Tabelas 14 e 15 analisa-se a relação entre a ocorrência de sintomas de TAs segundo os dados biodemográficos (demográficos e sócio-econômicos), de acordo com a escala EAT-26.

Da Tabela 14 destaca-se que: a ocorrência de sintomas de TAs foi mais prevalente entre os alunos com 13 (48,2%) e com 12 anos (40,7%) e variou de 24,8% a 28,5% nas outras três faixas etárias, diferenças estas que revelam associação significativa entre idade e a ocorrência de sintomas de TA ao nível de significância considerado ($p < 0,05$). A prevalência de sintomas de TAs foi mais elevada entre os alunos do gênero feminino do que entre o masculino (37,1% x 29,0% respectivamente), com associação significativa entre e os resultados do EAT-26 e o gênero dos alunos ($p < 0,05$).

Tabela 14 – Avaliação de ocorrência de sintomas de TA (EAT-26) segundo a idade e o gênero

Variável	EAT-26				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo					
	n	%	n	%	n	%		
• Idade								
12	44	40,7	64	59,3	108	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,73 (1,04 a 2,88)
13	55	48,2	59	51,8	114	100,0		2,34 (1,42 a 3,86)
14	34	27,9	88	72,1	122	100,0		0,97 (0,58 a 1,63)
15	35	24,8	106	75,2	141	100,0		0,83 (0,50 a 1,38)
16	47	28,5	118	71,5	165	100,0		1,00
• Gênero								
Masculino	94	29,0	230	71,0	324	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,028*	1,00
Feminino	121	37,1	205	62,9	326	100,0		1,44 (1,04 a 2,01)
Grupo Total	215	33,1	435	66,9	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 15 destaca-se que a prevalência de sintomas de TAs foi mais elevada entre os alunos que tinham irmãos quando comparado aos que não tinham (34,6% x 15,4%) e a associação entre as duas variáveis se mostrou significativa; variou de 33,9% a 35,3% entre as três categorias da posição na escala de filhos e foi menos elevada (15,4%) no grupo dos alunos que não tinham irmãos, sem mostrar associação significativa; o número de pessoas que moram na residência mais freqüente foi o de 7 pessoas ou mais (40,6%) e não se comprovou associação significativa da referida variável e os resultados da EAT-26 ($p > 0,05$); 51,9% possuíam até 2 cômodos na residência e 28,4%, 7 cômodos, sendo a associação significativa com os sintomas de TAs; foi mais elevada (43,1%) entre os alunos cujo pai não conseguia ler e menos elevada entre aqueles cujo pai conseguia ler com facilidade (30,5%), entretanto sem associação significativa ($p > 0,05$); foi mais elevada entre os que tinham o responsável com nível de escolaridade fundamental 2, entretanto a associação não chega a ser significativa ($p > 0,05$).

Tabela 15 – Avaliação de sintomas de TA (EAT-26) segundo os dados biodemográficos

Variável	EAT-26				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
• Tem irmãos?								
Sim	207	34,6	391	65,4	598	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,005*	2,91 (1,35 a 6,30)
Não	8	15,4	44	84,6	52	100,0		
Grupo Total	215	33,1	435	66,9	650	100,0		
• Posição na escala de filhos								
Não tem irmãos	8	15,4	44	84,6	52	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,043*	1,00
Caçula	90	35,3	165	64,7	255	100,0		3,00 (1,35 a 6,65)
Mais velho	76	34,5	144	65,5	220	100,0		2,90 (1,30 a 6,48)
Intermediário	41	33,9	80	66,1	121	100,0		2,82 (1,21 a 6,54)
Grupo Total	215	33,2	433	66,8	648	100,0		
• Número de pessoas que Moram na residência								
Até 2	16	35,6	29	64,4	45	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,443	1,00
3 a 4	92	30,7	208	69,3	300	100,0		0,80 (0,42 a 1,55)
5 a 6	79	33,5	157	66,5	236	100,0		0,91 (0,47 a 1,78)
7 ou mais	28	40,6	41	59,4	69	100,0		1,24 (0,57 a 2,69)
Grupo Total	215	33,1	435	66,9	650	100,0		
• Número de cômodos da Residência								
Até 2	42	51,9	39	48,1	81	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,001*	2,72 (1,64 a 4,52)
3 a 4	31	33,3	62	66,7	93	100,0		1,26 (0,76 a 2,09)
5 a 6	64	31,8	137	68,2	201	100,0		1,18 (0,79 a 1,75)
7 ou mais	78	28,4	197	71,6	275	100,0		1,00
Grupo Total	215	33,1	435	66,9	650	100,0		
• Pai ou responsável consegue ler uma revista								
Não consegue ler	25	43,1	33	56,9	58	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,062	1,72 (0,99 a 3,00)
Sim, lê com dificuldade	45	38,5	72	61,5	117	100,0		1,42 (0,93 a 2,17)
Sim, lê com facilidade	145	30,5	330	69,5	475	100,0		1,00
Grupo Total	215	33,1	435	66,9	650	100,0		
• Escolaridade do responsável								
Fundamental 1 (1ª a 4ª série)	31	29,0	76	71,0	107	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,053	1,09 (0,39 a 3,04)
Fundamental 2 (5ª a 8ª série)	96	38,1	156	61,9	252	100,0		1,64 (0,62 a 4,34)
Ensino médio	62	34,8	116	65,2	178	100,0		1,43 (0,53 a 3,83)
Ensino superior	20	22,0	71	78,0	91	100,0		0,75 (0,26 a 2,17)
Nunca foi à escola	6	27,3	16	72,7	22	100,0		1,00
Grupo Total	215	33,1	435	66,9	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.; (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 16 destaca-se que os percentuais dos alunos com mucosite, com queilite e com hipertrofia foram correspondentemente mais elevados entre os alunos que apresentavam sintomas de TAs do que entre os que não apresentavam, com associação significativa entre os resultados do EAT-26 e estas alterações ($p < 0,05$). Em relação à presença da gengivite, os percentuais foram aproximados entre os positivos e negativos para escala EAT-26 (52,1% x 58,2%) e a associação não se mostra significativa ($p > 0,05$). A mucosite localizada palato foi mais elevada entre os alunos com EAT-26 positivo do que entre os que tinham EAT-26 negativo (31,2% x 14,9%) e foi aproximada entre os dois grupos para a localização na orofaringe. Os percentuais de hipertrofia foram correspondentemente mais elevados entre os alunos com EAT-26 positivo e comprova-se associação significativa entre a localização da mucosite e para a hipertrofia e os resultados do EAT-26 ($p < 0,05$).

Tabela 16 – Avaliação das alterações bucais dos tecidos moles segundo a ocorrência de sintomas de TA (EAT-26)

Variável	EAT				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo					
	n	%	n	%	n	%		
• Mucosite								
Sim	71	33,0	70	16,1	141	21,7	p ⁽¹⁾ < 0,001*	2,57 (1,75 a 3,77)
Não	144	67,0	365	83,9	509	78,3		
• Localização da mucosite								
Sem alteração	144	67,0	365	83,9	509	78,3	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00
Eritema do palato	67	31,2	65	14,9	132	20,3		2,61 (1,77 a 3,87)
Eritema da orofaringe	4	1,9	5	1,1	9	1,4		2,03 (0,54 a 7,66)
• Queilite								
Sim	74	34,4	78	17,9	152	23,4	p ⁽¹⁾ < 0,001*	2,40 (1,65 a 3,49)
Não	141	65,6	357	82,1	498	76,6		1,00
• Gengivite								
Sim	112	52,1	253	58,2	365	56,2	p ⁽¹⁾ = 0,142	1,00
Não	103	47,9	182	41,8	285	43,8		1,28 (0,92 a 1,78)
• Hipertrofia								
Sim	101	47,0	80	18,4	181	27,8	p ⁽¹⁾ < 0,001*	3,93 (2,74 a 5,64)
Não	114	53,0	355	81,6	469	72,2		1,00
• Localização da hipertrofia								
Sem hipertrofia	114	53,0	355	81,6	469	72,2	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00
Glândulas sublinguais	9	4,2	6	1,4	15	2,3		4,67 (1,63 a 13,41)
Glândulas parótidas	61	28,4	55	12,6	116	17,8		3,45 (2,27 a 5,26)
Glândulas submandibulares	31	14,4	19	4,4	50	7,7		5,08 (2,76 a 9,34)
TOTAL	215	100,0	435	100,0	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 17 destaca-se que: a prevalência de erosão foi bem mais elevada entre os que tinham EAT-26 positivo e a associação se mostra significativa ($p < 0,05$). A presença da cárie dentária foi 6,3% mais elevada entre os que apresentavam os sintomas de transtornos positivos no EAT-26 do que entre os que não apresentavam (56,3% x 49,7%) e não se comprova associação significativa ($p > 0,05$). Os percentuais relativos à localização da erosão foram correspondentemente mais elevados quando EAT-26 foi positivo do que negativo e comprova-se associação significativa entre os resultados do EAT-26 e a localização da erosão.

Tabela 17 – Avaliação de alterações bucais dos tecidos duros segundo a ocorrência de sintomas de TA (EAT-26)

Variável	EAT-26				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo					
	n	%	n	%	n	%		
• Erosão								
Sim	122	56,7	149	34,3	271	41,7	$p^{(1)} < 0,001^*$	2,52 (1,80 a 3,52)
Não	93	43,3	286	65,7	379	58,3		
• Sem erosão	93	43,3	286	65,7	379	58,3	$p^{(1)} < 0,001^*$	1,00
Face incisal de anteriores	6	2,8	15	3,4	21	3,2		1,23 (0,46 a 3,26)
Face palatina/ lingual anteriores	46	21,4	43	9,9	89	13,7		3,29 (2,04 a 5,30)
Faces Posteriores	31	14,4	53	12,2	84	12,9		1,80 (1,09 a 2,97)
Mais de uma face	39	18,1	38	8,7	77	11,8		3,16 (1,91 a 5,23)
• Experiência de Cárie								
Sim	121	56,3	216	49,7	337	51,8	$p^{(1)} = 0,112$	1,31 (0,94 a 1,81)
Não	94	43,7	219	50,3	313	48,2		
TOTAL	215	100,0	435	100,0	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 18 nenhuma variável apresentou uma associação significativa ($p > 0,05$).

Tabela 18 – Avaliação de bruxismo, experiência de cárie, IPV e ISG segundo a ocorrência de sintomas de TA (EAT-26)

Variável	EAT-26				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo					
	n	%	n	%	n	%		
• Bruxismo								
Sim	122	56,7	234	53,8	356	54,8	P ⁽¹⁾ = 0,477	1,13 (0,81 a 1,57)
Não	93	43,3	201	46,2	294	45,2		
• Experiência de cárie								
Sim	149	69,3	294	67,6	443	68,2	P ⁽¹⁾ = 0,659	1,08 (0,76 a 1,54)
Não	66	30,7	141	32,4	207	31,8		
• ÍSG								
Leve	123	57,2	214	49,2	337	51,8	P ⁽¹⁾ = 0,103	1,03 (0,51 a 2,05)
Moderado	78	36,3	196	45,1	274	42,2		
Grave	14	6,5	25	5,7	39	6,0		
• IPV								
Leve	48	22,3	81	18,6	129	19,8	p ⁽¹⁾ = 0,422	1,16 (0,73 a 1,84)
Moderado	97	45,1	217	49,9	314	48,3		
Grave	70	32,6	137	31,5	207	31,8		
TOTAL	215	100,0	435	100,0	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 19 apresentam-se medidas de estatística descritiva do CPO-D e componentes segundo a ocorrência de sintomas de TAs (EAT-26). Desta tabela destaca-se que: com exceção do número de dentes obturados, com média mais elevada entre os alunos com EAT-26 negativo do que entre os que tinham a EAT-26 positivo, as médias do número de dentes cariados, perdidos e do CPO-D foram correspondentemente mais elevados entre os alunos que tiveram EAT-26 positivo do que entre os que tiveram o EAT negativo, entretanto não se comprova diferença significativa entre os dois subgrupos em cada uma das variáveis ($p > 0,05$). O maior

percentual da média do CPO-D correspondeu ao número de dentes cariados com percentuais que variaram de 54,42% a 58,09%, seguidos dos que tinham dentes obturados (com percentuais que variaram de 32,38% a 37,76%).

Tabela 19 – Estatísticas descritivas do CPO-D e componentes segundo a ocorrência de sintomas de TA (EAT-26)

Variável	Estatística	EAT-26			Valor de p
		Positivo (n = 215)	Negativo (n = 435)	Grupo Total (n = 650)	
• Cariados	Média	1,83	1,60	1,67	p ⁽¹⁾ = 0,231
	Mediana	1,00	0,00	1,00	
	DP	2,31	2,30	2,31	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	10	13	13	
	% da média do CPO-D	58,09	54,42	55,48	
• Perdidos	Média	0,30	0,23	0,26	p ⁽²⁾ = 0,297
	Mediana	0,00	0,00	0,00	
	DP	0,83	0,76	0,78	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	5	5	5	
	% da média do CPO-D	9,52	7,82	8,64	
• Obturados	Média	1,02	1,11	1,08	p ⁽¹⁾ = 0,596
	Mediana	0,00	0,00	0,00	
	DP	1,79	2,06	1,97	
	Mínimo	0	0	1,08	
	Máximo	10	17	0,00	
	% da média do CPO-D	32,38	37,76	35,88	
• CPO-D	Média	3,15	2,94	3,01	p ⁽¹⁾ = 0,434
	Mediana	2,00	2,00	2,00	
	DP	3,39	3,21	3,27	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	16	18	18	

(1): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

(2): Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

A média do ISG foi mais elevada entre alunos com ausência de sintomas de transtorno do que entre os que tinham presença de sintomas (Tabela 20) diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Tabela 20 Estatísticas descritivas do ISG segundo a presença de TA (EAT-26)

Estatística	EAT-26			Valor de p
	Positivo (n = 215)	Negativo (n = 435)	Grupo Total (n = 650)	
Média	25,86	30,57	29,01	$p^{(1)} = 0,038^*$
Mediana	16,60	33,30	33,00	
Desvio padrão	27,45	27,11	27,29	
Coefficiente de variação	106,15	88,68	94,07	
Mínimo	0	0	0	
Máximo	100	100	100	

(*): *Diferença significativa a 5,0%.*

(1): *Através do teste t-Student com variâncias iguais.*

A média do IPV foi apenas 0,32 mais elevada entre alunos com presença de sintomas de transtorno do que entre os que tinham ausência de sintomas (56,14 x 55,82) e não comprova diferença significativa entre os dois grupos ($p > 0,05$), conforme resultados apresentados na Tabela 21.

Tabela 21 – Estatísticas descritivas do IPV segundo a presença de TA (EAT-26)

Estatística	EAT			Estatística
	Positivo (n = 215)	Negativo (n = 435)	Grupo Total (n = 650)	
Média	56,14	55,82	55,93	Média
Mediana	66,60	60,00	66,60	Mediana
Desvio padrão	32,16	30,32	30,92	Desvio padrão
Coefficiente de variação	57,29	54,32	55,28	Coefficiente de variação
Mínimo	0,00	0,00	0,00	Mínimo
Máximo	100,00	100,00	100,00	Máximo

(1): *Através do teste t-Student com variâncias desiguais.*

Da Tabela 22 verifica-se que a prevalência de sintomas de BN variou de 33,3% (entre os que tinham 15 anos) até 44,7% (entre os que tinham 13 anos); foi aproximadamente 6,0% mais elevada entre os alunos do gênero feminino do que entre o masculino (41,1% x 35,2%), entretanto não se comprovou associação significativa entre a ocorrência de sintomas de BN e cada uma das variáveis: idade e gênero ($p > 0,05$).

Tabela 22 – Avaliação da presença de sintomas de BN (BITE) segundo a idade e gênero

Variável	BN (BITE)				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo		n	%		
	n	%	%	%	n	%		
• Idade								
12	43	39,8	65	60,2	108	100,0	$p^{(1)} = 0,294$	1,25 (0,76 a 2,07)
13	51	44,7	63	55,3	114	100,0		1,53 (0,94 a 2,50)
14	50	41,0	72	59,0	122	100,0		1,32 (0,81 a 2,13)
15	47	33,3	94	66,7	141	100,0		0,95 (0,59 a 1,52)
16	57	34,5	108	65,5	165	100,0		1,00
• Gênero								
Masculino	114	35,2	210	64,8	324	100,0	$p^{(1)} = 0,120$	1,00
Feminino	134	41,1	192	58,9	326	100,0		1,29 (0,94 a 1,77)
Grupo Total	248	38,2	402	61,8	650	100,0		

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 23 é possível observar que a maior diferença percentual foi registrada entre as categorias da questão: “Pai ou responsável consegue ler uma revista”, com percentual com presença de sintomas de BN bem mais elevado entre os alunos cujo pai ou responsável não conseguia ler uma revista e os que tinham o pai que lia com facilidade (53,4% x 35,4%), sendo esta a única variável que apresenta associação significativa com a variável resposta.

Tabela 23 – Avaliação de sintomas de BN (BITE) segundo os dados biodemográficos

Variável	BN (BITE)				TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
• Tem irmãos?								
Sim	231	38,6	367	61,4	598	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,398	1,30 (0,71 a 2,37)
Não	17	32,7	35	67,3	52	100,0		
Grupo Total	248	38,2	402	61,8	650	100,0		
• Lugar que ocupa em relação aos irmãos								
Não tem irmãos	17	32,7	35	67,3	52	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,709	1,00
Caçula	99	38,8	156	61,2	255	100,0		
Mais velho	81	36,8	139	63,2	220	100,0		
Intermediário	50	41,3	71	58,7	121	100,0		
Grupo Total	247	38,1	401	61,9	648	100,0		
• Número de pessoas que moram na residência								
Até 2	18	40,0	27	60,0	45	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,978	1,04 (0,48 a 2,24)
3 a 4	112	37,3	188	62,7	300	100,0		
5 a 6	91	38,6	145	61,4	236	100,0		
7 ou mais	27	39,1	42	60,9	69	100,0		
Grupo Total	248	38,2	402	61,8	650	100,0		
• Número de cômodos da residência								
Até 2	34	42,0	47	58,0	81	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,409	1,21 (0,73 a 2,00)
3 a 4	41	44,1	52	55,9	93	100,0		
5 a 6	70	34,8	131	65,2	201	100,0		
7 ou mais	103	37,5	172	62,5	275	100,0		
Grupo Total	248	38,2	402	61,8	650	100,0		
• Pai ou responsável consegue ler uma revista								
Não consegue ler	31	53,4	27	46,6	58	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,018*	2,10 (1,21 a 3,63)
Sim, lê com dificuldade	49	41,9	68	58,1	117	100,0		
Sim, lê com facilidade	168	35,4	307	64,6	475	100,0		
Grupo Total	248	38,2	402	61,8	650	100,0		
• Escolaridade Do responsável								
Fundamental 1 (1ª a 4ª série)	44	41,1	63	58,9	107	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,592	1,01 (0,40 a 2,57)
Fundamental 2 (5ª a 8ª série)	96	38,1	156	61,9	252	100,0		
Ensino médio	71	39,9	107	60,1	178	100,0		
Ensino superior	28	30,8	63	69,2	91	100,0		
Nunca foi à escola	9	40,9	13	59,1	22	100,0		
Grupo Total	248	38,2	402	61,8	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Da Tabela 24 destaca-se que: o percentual de alunos com mucosite, queilite e hipertrofia foram correspondentemente mais elevados entre os que apresentavam sintomas de BN do que entre os que não apresentavam o referido sintoma, sendo que as maiores diferenças percentuais foram registradas na hipertrofia (54,4% x 11,4%) e mucosite (33,1% x 14,7%). Os percentuais de alunos com gengivite foram aproximados entre os dois grupos analisados e associação significativa foi registrada entre a ocorrência de sintomas de BN e cada uma das variáveis: mucosite, queilite e hipertrofia. A mucosite localizada no palato foi mais elevada entre os alunos com sintomas de BN do que entre os que não tinham sintomas (31,5% x 13,4%) e foi aproximada entre os dois grupos para a localização na orofaringe. Os percentuais de hipertrofia foram correspondentemente mais elevados entre os alunos com sintomas de BN e comprova-se associação significativa entre a localização da mucosite e para a hipertrofia e a ocorrência de sintomas de BN ($p < 0,05$).

Tabela 24 Avaliação de alterações bucais dos tecidos moles segundo a ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Variável	BN (BITE)						Valor de p	OR (IC a 95%)	
	Positivo		Negativo		Grupo Total				
	n	%	n	%	n	%			
• Mucosite									
Sim	82	33,1	59	14,7	141	21,7	p ⁽¹⁾ < 0,001*	2,87 (1,96 a 4,21)	
Não	166	66,9	343	85,3	509	78,3			1,00
• Localização da mucosite							p ⁽¹⁾ < 0,001*		
Sem alterações	166	66,9	343	85,3	509	78,3			1,00
Eritema do palato	78	31,5	54	13,4	132	20,3			2,99 (2,01 a 4,42)
Eritema da orofaringe	4	1,6	5	1,2	9	1,4			1,65 (0,44 a 6,24)
• Queilite							p ⁽¹⁾ = 0,036*		
*Sim	69	27,8	83	20,6	152	23,4			1,48 (1,03 a 2,14)
Não	179	72,2	319	79,4	498	76,6	1,00		
• Gengivite							P ⁽¹⁾ = 0,656		
Sim	142	57,3	223	55,5	365	56,2			1,08 (0,78 a 1,48)
Não	106	42,7	179	44,5	285	43,8	1,00		
• Hipertrofia							p ⁽¹⁾ < 0,001*		
Sim	135	54,4	46	11,4	181	27,8			9,25 (6,22 a 13,74)
Não	113	45,6	356	88,6	469	72,2	1,00		
• Localização da hipertrofia							p ⁽¹⁾ < 0,001*		
Sem hipertrofia	113	45,6	356	88,6	469	72,2			1,00
Glândulas sublinguais	11	4,4	4	1,0	15	2,3			8,66 (2,71 a 27,74)
Glândulas parótidas	87	35,1	29	7,2	116	17,8			9,45 (5,90 a 15,13)
Glândulas submandibulares	37	14,9	13	3,2	50	7,7			8,97 (4,61 a 17,46)
TOTAL	248	100,0	402	100,0	650	100,0			

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A prevalência de erosão foi bem mais elevada entre os alunos que apresentavam sintomas de BN do que no grupo dos que não apresentavam estes sintomas (59,3% x 30,8%), enquanto que o percentual com cárie dentária foi apenas 2,9% mais elevado entre os alunos com sintomas de BN (53,6% x 50,7%). Comprova-se associação significativa entre ocorrência de sintomas de BN e

ocorrência de erosão (Tabela 25). Os percentuais relativos à localização da erosão foram correspondentemente mais elevados quando os sintomas de BN estavam presentes do que quando estavam ausentes, sendo as maiores diferenças na face palatina/lingual anteriores e mais de uma face e comprova-se associação significativa entre os resultados do exame BITE e a localização da erosão.

Tabela 25 – Avaliação de alterações bucais dos tecidos duros segundo a ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Variável	BN (BITE)				Grupo Total		Valor de p	OR (IC a 95%)	
	Positivo		Negativo						
	n	%	n	%	n	%			
• Erosão									
Sim	147	59,3	124	30,8	271	41,7	p ⁽¹⁾ < 0,001*	3,26 (2,35 a 4,54)	
Não	101	40,7	278	69,2	379	58,3			
• Sem erosão	101	40,7	278	69,2	379	58,3	p ⁽¹⁾ < 0,001*	1,00	
Face incisal de anteriores	9	3,6	12	3,0	21	3,2			2,06 (0,85 a 5,05)
Face palatina/ lingual anteriores	57	23,0	32	8,0	89	13,7			4,90 (3,01 a 8,00)
Fases Posteriores	37	14,9	47	11,7	84	12,9			2,17 (1,33 a 3,53)
Mais de uma face	44	17,7	33	8,2	77	11,8			3,67 (2,21 a 6,08)
• Experiência de Cárie									
Sim	133	53,6	204	50,7	337	51,8	p ⁽¹⁾ = 0,475	1,12 (0,82 a 1,54)	
Não	115	46,4	198	49,3	313	48,2			
TOTAL	248	100,0	402	100,0	650	100,0			

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 26 nenhuma variável apresentou associação significativa ($p > 0,05$)

Tabela 26 – Avaliação da presença de bruxismo, experiência de cárie, ISG e IPV segundo a ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Variável	BN (BITE)						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo		Grupo Total			
	n	%	n	%	n	%		
• Bruxismo								
Sim	138	55,6	218	54,2	356	54,8	$p^{(1)} = 0,725$	1,06 (0,77 a 1,46)
Não	110	44,4	184	45,8	294	45,2		
• Experiência de cárie								
Sim	166	66,9	277	68,9	443	68,2	$p^{(1)} = 0,600$	1,00
Não	82	33,1	125	31,1	207	31,8		1,10 (0,78 a 1,54)
• ÍSG								
Leve	129	52,0	208	51,7	337	51,8	$p^{(1)} = 0,744$	1,00
Moderado	102	41,1	172	42,8	274	42,2		0,96 (0,69 a 1,33)
Grave	17	6,9	22	5,5	39	6,0		1,25 (0,64 a 2,44)
• ÍPV								
Leve	51	20,6	78	19,4	129	19,8	$p^{(1)} = 0,257$	1,00
Moderado	110	44,4	204	50,7	314	48,3		0,83 (0,54 a 1,26)
Grave	87	35,1	120	29,9	207	31,8		1,11 (0,71 a 1,74)
TOTAL	248	100,0	402	100,0	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 27 apresentam-se medidas de estatística descritiva do CPO-D e componentes segundo a ocorrência de sintomas de BN. Desta tabela destaca-se que: a média do CPO-D e dos componentes foram correspondentemente mais elevadas entre os alunos com sintomas de BN do que entre os que não tinham os referidos sintomas, entretanto diferenças significantes entre os dois subgrupos foram registradas para dentes cariados e dentes perdidos ($p < 0,05$). O maior percentual da média do CPO-D correspondeu ao número de dentes cariados com percentuais que variaram de 53,15% a 59,26%, seguidos dos que tinham dentes obturados (com percentuais que variaram de 28,70% a 40,91%).

Tabela 27 – Estatísticas descritivas do CPO-D e componentes segundo a ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Variável	Estatística	BN (BITE)		Grupo Total (n = 650)	Valor de p
		Positivo (n = 248)	Negativo (n = 402)		
• Cariados	Média	1,92	1,52	1,67	$p^{(1)} = 0,039^*$
	Mediana	1,00	1,00	1,00	
	DP	2,58	2,11	2,31	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	13	12	13	
	% da média do CPO-D	59,26	53,15	55,48	
• Perdidos	Média	0,38	0,18	0,26	$p^{(1)} = 0,003^*$
	Mediana	0,00	0,00	0,00	
	DP	0,98	0,61	0,78	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	5	5	5	
	% da média do CPO-D	11,73	6,29	8,64	
• Obturados	Média	0,93	1,17	1,08	$p^{(1)} = 0,134$
	Mediana	0,00	0,00	0,00	
	DP	1,89	2,01	1,97	
	Mínimo	0	0	1,08	
	Máximo	17	13	0,00	
	% da média do CPO-D	28,70	40,91	35,88	
• CPO-D	Média	3,24	2,86	3,01	$p^{(1)} = 0,176$
	Mediana	2,00	2,00	2,00	
	DP	3,67	2,99	3,27	
	Mínimo	0	0	0	
	Máximo	18	16	18	

(*): Diferença significativa a 5,0%

(1): Através do teste t-Student com variâncias desiguais.

A Tabela 28 mostra que as médias do ISG tiveram diferença de 0,11 entre os alunos que não apresentavam ou apresentavam sintomas de BN e não se comprova diferença significativa entre os dois grupos em relação à média do ISG ($p > 0,05$).

Tabela 28 – Estatísticas descritivas do ISG segundo a ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Estatística	BN (BITE)			Valor de p
	Positivo (n = 248)	Negativo (n = 402)	Grupo Total (n = 650)	
Média	29,08	28,97	29,01	$P^{(1)} = 0,960$
Mediana	33,00	26,50	33,00	
Desvio padrão	27,89	26,95	27,29	
Coefficiente de variação	95,91	93,03	94,07	
Mínimo	0	0	0	
Máximo	100	100	100	

(1): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

A Tabela 29 mostra que a média do IPV foi 1,76 mais elevada entre os alunos que apresentavam sintomas de BN do que entre os que não apresentavam tais sintomas e não se comprova diferença significativa entre os dois grupos em relação a média do IPV ($p > 0,05$).

Tabela 29 – Estatísticas descritivas do IPV segundo a ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Estatística	BN (BITE)			Estatística
	Positivo (n = 248)	Negativo (n = 402)	Grupo Total (n = 650)	
Média	57,01	55,25	55,93	Média
Mediana	66,60	60,00	66,60	Mediana
Desvio padrão	32,48	29,93	30,92	Desvio padrão
Coefficiente de variação	56,97	54,17	55,28	Coefficiente de variação
Mínimo	0,00	0,00	0,00	Mínimo
Máximo	100,00	100,00	100,00	Máximo

(1): Através do teste t-Student com variâncias iguais.

A presença de sintomas de depressão foi verificada em 194 (29,8%) alunos e foi ausente em 456 (70,2%) (Gráfico 3), considerando o grupo total.

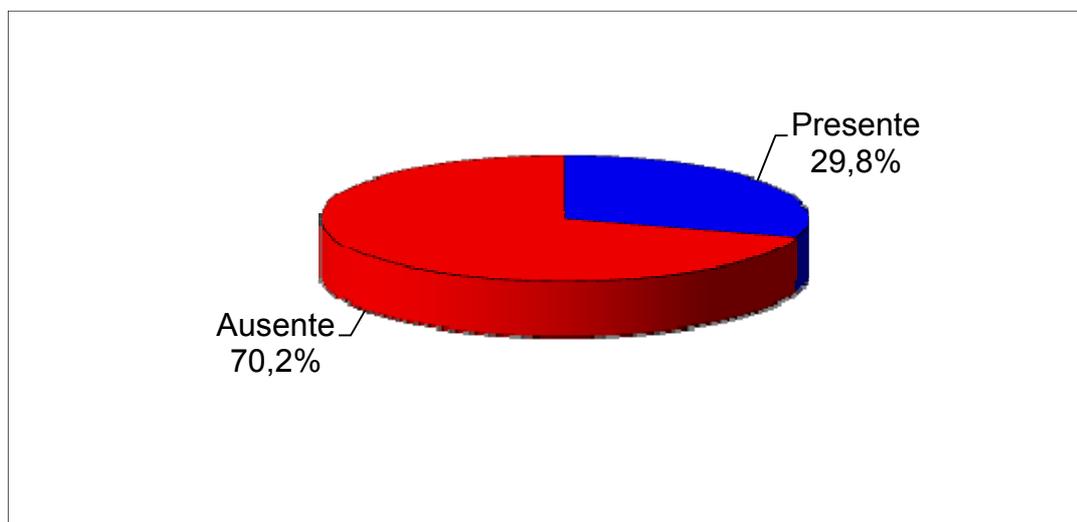


Gráfico 3 – Distribuição dos alunos pesquisados segundo a presença de sintomas depressivos

Na Tabela 30 a variável ocorrência de depressão teve valor bem mais elevado entre os que apresentavam EAT-26 positivo do que entre os que apresentavam EAT-26 negativo (44,2% x 22,8%), apresentando associação significativa ($p < 0,05$, OR igual a 2,69 e intervalo para o referido parâmetro exclui o valor 1,00).

Tabela 30 – Avaliação de sintomas de depressão segundo a ocorrência de sintomas de TA (EAT-26)

Variável	EAT-26						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo		Grupo Total			
	n	%	n	%	n	%		
• Sintomas de depressão								
Positivo	95	44,2	99	22,8	194	29,8	p ⁽¹⁾ < 0,001*	2,69 (1,89 a 3,81)
Negativo	120	55,8	336	77,2	456	70,2		
TOTAL	215	100,0	435	100,0	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 31 a variável ocorrência de depressão teve valor bem mais elevado entre os que apresentavam sintomas de BN do que entre os que não apresentavam sintomas de BN (62,1% x 10,0%), apresentando associação significativa ($p < 0,05$).

Tabela 31 – Avaliação da presença de sintomas de depressão segundo a ocorrência de sintomas de BN (BITE)

Variável	BN (BITE)						Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		Negativo		Grupo Total			
	n	%	n	%	n	%		
• Sintomas de depressão								
Positivo	154	62,1	40	10,0	194	29,8	p ⁽¹⁾ < 0,001*	14,83 (9,79 a 22,46)
Negativo	94	37,9	362	90,0	456	70,2		
TOTAL	248	100,0	402	100,0	650	100,0		

(*): Associação significativa a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 32 apresenta-se a avaliação da ocorrência de depressão segundo a idade e o gênero onde não se verificam diferenças percentuais elevadas entre as idades em relação a prevalência da depressão (variou de 27,9% a 32,8%) e não se comprovou associação significativa. A prevalência da depressão foi mais elevada no gênero feminino do que no masculino (32,8% x 26,9%), entretanto sem associação significativa a 5,0%.

Tabela 32 – Distribuição dos sintomas de depressão segundo a idade e o gênero

Variável	Depressão		Negativo		TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	Positivo		n	%	n	%		
	N	%						
• Idade								
12	35	32,4	73	67,6	108	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,855	1,24 (0,73 a 2,10)
13	33	28,9	81	71,1	114	100,0		1,05 (0,62 a 1,79)
14	40	32,8	82	67,2	122	100,0		1,26 (0,76 a 2,10)
15	40	28,4	101	71,6	141	100,0		1,03 (0,62 a 1,69)
16	46	27,9	119	72,1	165	100,0		1,00
• Gênero								
Masculino	87	26,9	237	73,1	324	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,096	1,00
Feminino	107	32,8	219	67,2	326	100,0		1,33 (0,95 a 1,87)
Grupo Total	194	29,8	456	70,2	650	100,0		

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

6 DISCUSSÃO

6.1 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA

A prevalência de sintomas de TA foi detectada em 33,1% dos adolescentes pesquisados, segundo a escala EAT-26. Em 1,7% dos adolescentes, foi encontrado um escore elevado na escala BITE e em 36,5%, o escore médio de sintomas. As prevalências encontradas foram concordantes com aquelas encontradas por outros pesquisadores (NAKAMURA et al., 1999; PEREZ-GASPAR et al., 2000; ALL-ADAWI et al., 2002; BALLESTER et al., 2002; NEUMARK-SZTAINER et al., 2002; BHUGRA et al., 2003; MIOTTO et al., 2003; SUHAIL; ZAIB-U-NISA, 2002; GRABER; TYRKA; BROOKS-GUNN, 2003; VILELA et al., 2004; XIMENES, 2004; MARLOWE, 2005; RODRIGUEZ-CANO; BEATO-FERNANDEZ; BELMONTE-LIARIO, 2005; SIERVO et al., 2005; BAS; KIZILTAN, 2007; TSENG et al., 2007; YANEZ et al., 2007). Na maioria dos estudos nacionais e internacionais que utilizaram essas escalas em populações de adolescentes, a taxa de prevalência de sintomas ficou entre 0,1 e 35%. Os maiores valores correspondem aos estudos mais recentes.

As taxas citadas no parágrafo anterior vêm aumentando significativamente nos últimos anos, segundo diversos autores (WILLI; GROSSMAN, 1983; SZMUKLER, 1985; LUCAS et al., 1991; JOERGENSEN, 1992; ABBOTT et al., 1993; CORDÁS; BUSSE, 1995; FISHER et al., 1995; MORANDÉ; CELADA; CASAS, 1999; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; KAUFMAN, 2000; POP-JORDANOVA, 2000;

ACKARD; PETERSON, 2001; JONES et al., 2001; LEITE; PINTO, 2001; TRAEBERT; MOREIRA, 2001; CAMPOS, 2002; HOEK; HOEKEN; KATZMAN, 2003; XIMENES, 2004; VILELA et al., 2004; CURRIN et al., 2005; NUNES, 2006), sendo a adolescência a principal fase de desenvolvimento.

Para justificar as principais causas do aparecimento de sintomas entre adolescentes, Byely et al. (2000) afirmaram que o aumento de gordura corporal associado à puberdade pode ser o ímpeto para a preocupação com o peso corporal e à aparência, o que leva a uma alimentação problemática e a dietas rigorosas para adolescentes que desejam parecer cada vez mais com o padrão ideal de beleza da sociedade. Emans (2000) e Kaufman (2000) afirmaram que os adolescentes afetados são aqueles que apresentam uma baixa capacidade de enfrentar mudanças e situações novas, temem crescer, assumir responsabilidades da vida adulta, por isso são sempre dependentes dos pais. Dessa forma, a dieta pode representar a dificuldade em lidar com um estágio como a adolescência. A ingestão de alimentos pode ser uma forma de encobrir sentimentos de solidão, rejeição ou frustração. A manipulação do corpo através da ingestão ou rejeição pela comida pode representar um esforço por estabelecer um sentido de identidade ou também revelar uma incapacidade para demandas biológicas e sociais. No entanto, Woodside (1995) chamou a atenção para o fato de que todas as modalidades de comportamento são de avaliação muito difícil quando se trata do adolescente, visto que nessa faixa etária, isolamento, problemas de relacionamento, preocupação com o corpo, distorção da auto-imagem, aumento do apetite e modismos alimentares, são característicos e esperados, fazendo parte da chamada *Síndrome da Adolescência Normal*.

Sendo assim, o diagnóstico dos TAs torna-se, de certa forma, difícil quando se pretende avaliar adolescentes, pois é preciso se determinar os limites do que é considerado normal na faixa etária e do que atinge características patológicas.

6.2 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES SEGUNDO AS FAIXAS ETÁRIAS

Nesta pesquisa, a idade de 13 anos foi a que apresentou a maior taxa de prevalência de sintomas de TA nas duas escalas de rastreamento utilizadas, sendo que apresentou associação significativa estatisticamente apenas na escala EAT-26. Autores como Traebert; Moreira (2001), afirmaram que a idade de maior prevalência para sintomas de AN estaria entre 12 e 13 anos e que a BN ocorreria com maior frequência na idade adulta. Já outros autores relataram que os picos de prevalência são aos 14 e aos 16 anos (MARCHI; COHEN, 1990; ABBOTT et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER, 1995; MAHAN; STUMP, 1998; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; CAMPOS, 2002; MARÍN, 2002; VILELA et al., 2004). No entanto, a maior parte dos estudos não relatou uma idade específica, apenas uma faixa etária que varia de 10 a 24 anos (LUCAS et al., 1991; JOERGENSEN, 1992; CORDÁS; BUSSE, 1995; FISHER et al., 1995; CALDEIRA; D'OTTAVIANO-NÁPOLE; BUSSE, 1999; CAMPOS, 2002; HOEK; HOEKEN; KATZMAN, 2003; VILELA et al., 2004; CURRIN et al., 2005). Essas variações são, em parte, justificadas pelo fato de

alguns estudos fornecerem relatos da idade dos pacientes do momento em que estes procuram tratamento, o que geralmente ocorre anos mais tarde.

6.3 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES SEGUNDO OS GÊNEROS

Neste trabalho, foi verificada uma maior prevalência de TAs no gênero feminino em ambas as escalas numa proporção de aproximadamente 2:1, sendo esta associação significativa apenas na escala EAT-26. As prevalências entre gênero masculino foram consideradas altas (29% no EAT-26 e 35,2% no BITE). A grande maioria dos estudos nacionais e internacionais corrobora com este resultado. No entanto, afirmam que esta diferença na prevalência entre os gêneros seria maior: 10:1 em relação ao gênero feminino (WILLI; GROSSMAN, 1983; SZMUKLER, 1985; ABBOTT et al., 1993; CORDÁS; BUSSE, 1995; HSU, 1996; PAWLUCK; GOREY, 1998; MORANDÉ; CELADA; CASAS, 1999; KAUFMAN, 2000; CAMPOS, 2002; POP-JORDANOVA, 2000; JONES et al., 2001; LEITE; PINTO, 2001; TRAEBERT; MOREIRA, 2001; NUNES, 2006). Em estudo mais antigos, essa diferença era ainda maior, 20 vezes mais, como afirmaram Louzã Neto et al. (1995). Para justificar o fato dessa prevalência ainda ser considerada maior na mulher, Kaufman (2000) e Romaro; Itokazu (2002) acrescentaram as mulheres apresentam uma pressão social maior para se manterem magras desde a adolescência.

No entanto, o aumento do número de casos entre homens foi observado por diversos autores (WILLI; GROSSMAN, 1983; SZMUKLER, 1985; MARCHI; COHEN, 1990; ABOIT et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER, 1995; MAHAN; STUMP, 1998; CALDEIRA; D'OTTAVIANO-NÁPOLE; BUSSE, 1999; MORANDÉ; CELADA; CASAS, 1999; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; POP-JORDANOVA, 2000; CORDAS, 2001; JONES et al., 2001; LEITE; PINTO, 2001; CAMPOS, 2002 ; MARIN, 2002). Este aumento da prevalência no gênero masculino foi observado em dois recentes estudos nacionais em populações de adolescentes. No estudo de Ximenes (2004), apesar de a prevalência ter sido maior no gênero feminino, com significância estatística, 14% do gênero masculino apresentou sintomas de TAs, contra 20% no gênero feminino. No estudo realizado por Vilela et al. (2004) foi também encontrada uma alta prevalência de TAs no gênero masculino, atingindo 40% da sua amostra de crianças e adolescentes de 7 a 19 anos afetada por sintomas de TAs.

6.4 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES SEGUNDO OS FATORES SOCIOECONÔMICOS E BIODEMOGRÁFICOS

Com relação aos fatores socioeconômicos e biodemográficos, o fato de ter irmãos, ser o filho caçula, morar numa residência com um número de até 2 cômodos, responsáveis analfabetos ou de escolaridade de nível fundamental, segundo a escala EAT-26, mostraram associação com a presença de sintomas dos TAs. Esta associação, segundo a escala BITE, foi mostrada apenas com relação ao

analfabetismo do responsável. De acordo com alguns autores (MANNINEN et al., 1997; VITOLLO et al., 2005; ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006; KESTILÄ et al., 2006) vários fatores tornam a criança e o adolescente mais vulneráveis a sofrerem problemas na área de saúde mental: a) os individuais (gênero; idade; características psicológicas como auto-estima, autoconfiança e determinação), b) os familiares (história de problemas de saúde mental, especialmente materna; problemas de álcool/drogas; violência física, psicológica e sexual; violência entre os pais; perdas por morte; separação dos pais), c) os socioculturais (pobreza, violência no contexto social, apoio/suporte social) e d) os biológicos. O grande desafio é entender como esses fatores articulam-se entre si e engendram-se no comportamento e na saúde humana. Para Avanci et al. (2007), a violência psicológica, a falta de instrução e condições precárias de moradia, que ocorrem em populações menos favorecidas, interferem no desenvolvimento de processos psicológicos básicos como auto-estima, autodeterminação e capacidade de resiliência e perpassa outras formas de vitimização, ocorrida em casa, na escola ou na comunidade, acarretando riscos ao desenvolvimento comportamental, emocional, social, cognitivo e físico de crianças e adolescentes até a vida adulta. Segundo estes autores, as inconsistências dos relacionamentos, as dificuldades de afeto, de relacionamento e a falta de controle dos filhos, comuns nas separações dos pais, que realmente interferem na saúde mental infanto-juvenil.

Segundo outros autores (MORGANA; VECCHIATTIA; NEGRÃO, 2002; CORDÁS, 2004), os fatores sociais são descritos como predisponentes e mantenedores dos TAs. Cordás; Busse, 1995; Louzã Neto et al., 1995 já afirmaram que o acometimento de pessoas pertencentes a grupos sócio-econômicos mais favorecidos era mais freqüente. Essa associação não foi observada no estudo de

Ximenes (2004). Autores como Bacaltchuck; Hay, 1999; Appolinário; Cordás; Claudino, 2002 concordaram que os indivíduos de todas as classes sociais são afetados. Os estudos anteriores acreditavam que os TAs não ocorriam em países em desenvolvimento. Favaro; Ferrara; Santonastaso, 2003 ainda adicionaram que tanto a classe social, quanto o status profissional e a educação não são associados com o aumento do risco para o seu desenvolvimento. Para Kaufman (2000) os TAs parecem ser mais comuns em países mais desenvolvidos e classes econômicas mais elevadas, embora tais dados precisam ainda de um diagnóstico mais acurado. E Nunes (2006) afirmou que em relação ao nível socioeconômico, os TAs tem sido classicamente associados aos estratos mais altos da sociedade. Recentemente, no entanto, diversos autores têm questionado essa relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava.

6.5 PREVALÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS BUCAIS ENTRE ADOLESCENTES COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

As complicações clínicas bucais investigadas neste estudo foram alterações em tecidos moles (mucosites, queilites, gengivites, hipertrofia de glândulas salivares), alterações em tecidos duros (erosões e experiência de cárie dentária) e bruxismo, constituindo o objetivo central da pesquisa.

Poucos são os estudos que relacionam a presença de alterações bucais aos TAs, ainda mais na adolescência. A avaliação de alterações bucais em casos que apresentam apenas sintomas de TAs para verificar a precocidade do seu aparecimento foi realizada apenas no estudo de Ximenes et al. (2004), quando foram examinados 75 adolescentes com 14 anos de idade, estudantes de escolas públicas e particulares da cidade do Recife e foram encontradas alterações bucais como queilites (44,0%), mucosites (100%), erosões dentais (100%), bruxismo (100%) e prevalência de cárie alta (89%) nos adolescentes com sintomas de TAs. A maior parte dos estudos nacionais (CALDEIRA; D'OTTAVIANO-NÁPOLE; BUSSE, 1999; PEGORARO; SAKAMOTO; DOMINGUES, 2000; LEITE; PINTO, 2001; TRAEBERT; MOREIRA, 2001; ARAÚJO, 2007) investigou pacientes, geralmente adultos ou na adolescência tardia, já diagnosticados com TAs, que estão ou em tratamento ou internados nos centros sul e sudeste de referência em atendimento de TAs, que correspondem à minoria dos casos.

Como a escala EAT-26 mede sintomas de comportamentos relacionados à AN, à BN e controle oral - não sendo possível detectar escores específicos para cada uma dessas alterações- e a escala BITE determina a presença de sintomas de BN e a gravidade dos mesmos, foram feitas associações das variáveis com cada uma das escalas, em separado.

Com relação à presença de alterações em tecidos moles e sintomas de TAs, foram observadas associações significantes na população afetada, em ambas as escalas de rastreamento, nas mucosites, queilites e hipertrofia das glândulas salivares. Essa associação não foi verificada no exame da gengivite. As mucosites já foram associadas na literatura como presentes em pacientes com TAs (MITCHELL,

1983; ABOU et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER et al., 1995; LOUZÃ NETO et al., 1995; HAZELTON; FAINE, 1996; RYTÖMAA et al., 1998; EMANS, 2000; PEGORARO; SAKAMOTO; DOMINGUES, 2000; LASATER; MEHLER, 2001). Sua prevalência, neste estudo, foi duas vezes maior no grupo afetado por sintomas de TAs, sendo mais freqüentemente localizada no palato. Da mesma forma, o acometimento de pacientes por queilites é relatado por diversos autores (LOUZÃ NETO et al., 1995; RYTÖMAA et al., 1998; PEGORARO; SAKAMOTO; DOMINGUES, 2000; LEITE; PINTO, 2001). A hipertrofia de glândulas salivares foi a alteração em tecidos moles bucais que apresentou a mais freqüente associação com TAs, acometendo mais as glândulas parótidas. A presença desse tipo de alteração em pacientes com TAs já está bem estabelecida na literatura (MITCHELL, 1983; TYLEND et al., 1991; ABOU et al., 1993; HERZOG et al., 1993; CORDÁS; BUSSE, 1995; FISHER et al., 1995; LOUZÃ NETO et al., 1995; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; EMANS, 2000; PEGORARO; SAKAMOTO; DOMINGUES, 2000; LASATER; MEHLER, 2001; LEITE; PINTO, 2001). Um aspecto importante no tratamento dessas alterações é que a sua regressão está diretamente ligada ao restabelecimento do quadro nutricional e remissão dos fatores ligados aos TAs, não possuindo um tratamento odontológico específico.

Apesar das gengivites e doenças periodontais já serem descritas na literatura como alterações presentes em pacientes com TAs (TYLEND et al., 1991; LOUZÃ NETO et al., 1995; HAZELTON; FAINE, 1996; PEGORARO; SAKAMOTO; DOMINGUES, 2000; LEITE; PINTO, 2001), sua associação não foi significativa, assim como os índices IPV e ISG, utilizados para a confirmação de seu diagnóstico. A principal justificativa é a precária higienização bucal por parte do adolescente, a

dieta cariogênica (XIMENES et al., 2006) e o difícil acesso aos serviços para atendimento da faixa etária de adolescentes. Este fato foi comprovado no Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003, quando relatou que a porcentagem de pessoas com algum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19 anos foi de 53,8% (BRASIL, 2006). Já nos dados do Levantamento Epidemiológico Nacional (Saúde Bucal/SB 2003) verificou-se um quadro insatisfatório da saúde bucal dos adolescentes brasileiros e demonstrou-se um caráter mais crítico quando se verificou que, em todo o território nacional, cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista e, no nordeste, esse percentual se eleva para 22%, revelando discrepâncias regionais (BRASIL, 2004).

Com relação à presença de alterações em tecidos duros e sintomas de TAs, foram observadas associações significantes na população afetada, em ambas as escalas de rastreamento, nas erosões. Essa associação não foi verificada no exame da experiência de cárie. As alterações de erosão, em nosso estudo, estavam presentes em 59,3% dos pacientes com sintomas de TAs segundo a escala BITE e em 56,7%, segundo a escala EAT-26, sendo a alteração mais prevalente encontrada neste grupo. Estas alterações possuem uma grande importância clínica pelo fato de serem irreversíveis. Muitas vezes, este fenômeno pode ser o primeiro sinal clínico que detecta a presença da doença, assim o cirurgião-dentista é potencialmente o primeiro profissional da Saúde a diagnosticar a doença.

A presença de erosões em pacientes com TAs já foi descrita por vários autores (ECCLES, 1979; MITCHELL, 1983; SPIGSET, 1991; ROBB; SMITH, 1996; RYTÖMAA et al., 1998; HOLT; ROBERTS; SCULLY, 2000; BARATIERI, 2001; LASATER; MEHLER, 2001; MASO et al., 2001; TRAEBERT; MOREIRA, 2001;

JÁHN, 2003). No estudo de Araújo (2007), foram avaliados 30 pacientes na faixa etária de 15 a 44 anos, diagnosticados com TAs e verificou-se que todos os pacientes apresentavam algum grau de desgaste dentário.

Analisando a experiência de cárie, apesar de ter sido maior no grupo com sintomas de TAs, segundo as duas escalas, não foi revelada uma associação significativa. Apenas quando se avaliou os componentes do índice CPO-D separadamente, e pela escala BITE, foi revelada uma associação entre a presença de sintomas de TAs e elementos cariados e perdidos. O CPO-D médio foi de 3,15, segundo a escala EAT-26, e 3,24, segundo a escala BITE, no grupo com sintomas de TAs, sendo maior que no grupo sem sintomas e apresentando uma prevalência moderada, segundo a OMS. O aumento da acidez provocado pela regurgitação e hipossalivação, mais frequentes em pacientes com sintomas de BN, melhor observado na escala BITE, facilita a multiplicação de microorganismos e aumenta o grau de velocidade da progressão das lesões de cárie.

A não associação dos sintomas de TAs com a experiência de cárie relatada pelos autores (MITCHELL, 1983; SPIGSET, 1991; ABBOTT et al., 1993; HERZOG et al., 1993; FISHER et al., 1995; HAZELTON; FAINE, 1996; RYTÖMAA et al., 1998; EMANS, 2000; LASATER; MEHLER, 2001; LEITE; PINTO, 2001) está no fato de que, sua prevalência na adolescência, em geral, é alta. O quadro insatisfatório da saúde bucal e o pouco acesso aos serviços foi verificado no Levantamento Epidemiológico Nacional realizado no Brasil (Saúde Bucal/SB 2003). No estudo de Gushi et al. (2005), realizado em adolescentes de 15 a 19 anos, na cidade de São Paulo, foi encontrada uma prevalência de 90,4% e CPO-D = 6,44. Em Salvador, Bahia, um estudo com 3.313 adolescentes descreveu a prevalência de cárie dentária

em escolares das redes pública e privada de 12 a 15 anos de idade, dentre os quais 50% relataram ter ido ao dentista no último ano que antecedeu a pesquisa. Foi constatado também um incremento na experiência de cárie dentária aos 12 anos de idade, de 1,44 para 2,66 aos 15 anos. Analisando a composição percentual do CPO-D, a maior proporção deveu-se a dentes cariados para a idade de 12 anos e a dentes restaurados para a idade de 15 anos. Os valores médios do CPO-D foram considerados baixos e embora se observasse uma maior proporção de dentes cariados na rede pública e dentes restaurados na rede privada, não houve diferença na distribuição entre as redes pública e privada (SANTOS et al., 2007). Um outro aspecto a ser considerado foi o fato de, neste estudo, terem sido examinados apenas adolescentes de escolas públicas, o que, no Brasil, caracterizam os estudantes de menor nível socioeconômico. Para Cangussu; Costa (2001), em países subdesenvolvidos, não tem ocorrido redução do comprometimento da saúde dentária, uma vez que a condição sócio-econômica da população parece exercer influência direta na prevalência da doença cárie, ressaltando a necessidade de mudanças sociais, e não apenas modificações dos hábitos individuais. Este fenômeno é chamado de polarização da doença, isto é, a concentração da mesma em grupos desfavorecidos social ou economicamente.

O bruxismo foi outra alteração bastante freqüente na população geral, incluindo o grupo com sintomas de TAs, afetando 56,7% dos adolescentes com sintomas segundo o EAT-26 e 55,6%, segundo o BITE, sendo maior que no grupo sem sintomas. No entanto, sem associação significativa estatisticamente em ambas as escalas. Sua alta prevalência pode estar associada a outros aspectos psicológicos e tensões típicas da adolescência (VALENTE, 1998), que não seja diretamente o TA,

o que justificaria a sua essa falta de associação com os sintomas, apesar de ser uma condição já relatada na literatura como presente em pacientes com TAs (ABRAMS; RUFF; HASTINGS, 1996; LEITE; PINTO, 2001). Alguns dados prevalência bruxismo em adolescentes na faixa etária de 14 e 18 anos foram vistos por Nilner (1981) 36%, Egermark - Ericsson (1981) 18%, Vanderas (1989) 19,1%, Nielsen (1989) 18,1%, segundo relatos de Mintz (1993).

6.6 ASSOCIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

Finalmente, os sintomas depressivos, avaliados segundo a escala QAEH-D, estavam presentes em 62,1% dos adolescentes com sintomas de TAs, segundo a escala BITE e em 44,2%, segundo a escala EAT-26, apresentando uma associação significativa, concordando com os achados de outros estudos (HUDSON et al., 1983; HERZOG et al., 1992; BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1994). A associação entre TAs e depressão está bem estabelecida na literatura (HERZOG et al., 1992; FAIRBURN; COOPER, 1993; BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1994; CORDÁS; BUSSE, 1995; BREWERTON et al., 1995; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; HALBE; HALBE; RAMOS, 2000; LEITE; PINTO, 2001; MASO et al., 2001) e se deve ao fato desses adolescentes afetados apresentarem sintomas depressivos como resposta a seqüelas psicológicas, nível elevado de ansiedade, baixo limiar à frustração, prejuízo no controle dos impulsos e insegurança (BEHAR, 1994; LOUZÃ NETO et al., 1995).

7 CONCLUSÕES

Esta investigação, apoiada nos dados, análises estatísticas e no recorte teórico, permitiu chegar às seguintes conclusões:

- A prevalência de lesões bucais na população com sintomas de TAs, segundo as escalas EAT-26 e BITE, respectivamente, foi de: 33,0% e 33,1% para mucosites; 34,4% e 27,8% para queilites; 47% e 54,4% para hipertrofia das glândulas salivares; 52,1% e 57,3% para gengivites, cujo IPV, em sua maioria, foi considerado moderado e ISG, leve; 56,7% e 59,3% para erosões dentais; 69,3% e 66,9% para experiência de cárie, cujo CPO-D médio foi considerado como prevalência moderada e 56,7% e 55,6% para bruxismo. Foram observadas associações significativas com a presença de sintomas de TAs nas mucosites, queilites, hipertrofia das glândulas salivares e erosão dental;
- A prevalência de adolescentes com sintomas de TAs foi de 33,1%, segundo a escala EAT-26 e 1,7% (escore elevado) e 36,5% (escore médio), na escala BITE;
- A prevalência de sintomas de TAs entre os gêneros foi maior entre as mulheres e na idade de 13 anos. A associação dessas duas variáveis foi significativa apenas na escala EAT-26.
- Com relação aos fatores socioeconômicos e biodemográficos, o fato de ter irmãos, ser o filho caçula, morar numa residência com um número de até 2 cômodos, responsáveis analfabetos ou de escolaridade de nível

fundamental, segundo a escala EAT-26, mostraram associação com a presença de sintomas dos TAs. Esta associação, segundo a escala BITE, foi mostrada apenas com relação ao analfabetismo do responsável;

- Na validação da escala BITE – versão para adolescentes, a concordância variou de boa a excelente. A medida do alpha de Cronbach indicou um valor razoavelmente elevado de consistência interna;
- A prevalência de sintomas depressivos na população geral foi de 29,8%, segundo a escala QAEH-D, apresentando associação significativa com os sintomas de TAs;
- A presença de alterações bucais pode auxiliar da detecção precoce de casos subclínicos de TAs, antes da instalação da síndrome completa. O conhecimento dessas alterações por parte do dentista possibilitará o encaminhamento do adolescente a um tratamento integral, que envolve a participação de uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

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

ABRAMS, R.A.; RUFF, J.C.; HASTINGS, J.H. Conservative restoration of function and aesthetics in a bulimic patient: a case report. *Pract. Periodontics Aesthet. Dent.*, New York, v.8, n.8, p.729-736, Oct. 1996.

ACKARD, D.M.; PETERSON, C.B. Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, v.2, n.29, p.187-194, 2001.

AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Barcelona: Toray-Masson, 1976.

AKHTAR, M.J.; DAVEY, A.; COX, H.E.; ANCILL, R.J. A double-blind study comparing mianserin and dothiepin: an application for computers in clinical psychiatry. *Br. J. Clin. Pract.*, v.38, p.316-319, 1983.

ALL-ADAWI, S.; DORVLO, A.S.; BURKE, D.T.; MOOSA, S.; AL-BAHLANI, S. A survey of anorexia nervosa using the Arabic version of the EAT-26 and gold standard interviews among Omani adolescents. *Eat. Weight Disord.*, v.4, n.7, p.304-311, Dec. 2002.

ALMEIDA FILHO, N. Anotações sobre a história da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p.1-6.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.149-177.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 4 ed. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais— DSM IV-TR*. Porto Alegre, 2002.

ANDREOLI, S.B.; BLAY, S.L.; MARI, J.J. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H., ZUARDI, A.W. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos editorial, 2000. p.45-51.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, n.22, p.28-31, dez. 2000.

APPOLINARIO, J. C.; CORDAS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Apresentação. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.24, p.01-02, dez. 2002. Suplemento.

ARAÚJO, J.J. *Avaliação da prevalência de desgaste dentário em pacientes portadores de transtornos alimentares*. 2007. 205p. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência. Enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2002a.

_____. *NBR 6024: numeração progressiva das seções de um documento*. Rio de Janeiro, 2003 a.

_____. *NBR 6027: Sumário*. Rio de Janeiro, 2003b.

_____. *NBR 6028: resumos*. Rio de Janeiro, 2003c.

_____. *NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação*. Rio de Janeiro, 2002b.

_____. *NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação*. Rio de Janeiro, 2002c.

ASSUMPCAO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, n.24, p.29-33, dez. 2002. Suplemento.

AVANCI, J.Q.; ASSIS, S.G.; OLIVEIRA, R.V.C.; FERREIRA, R.M.; PESCE, R.P. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v.23, n.3, Brasília, jul./set. 2007.

BACALTCHUCK, J.; HAY, P. Tratamento da bulimia nervosa: síntese das evidências. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.21, n.3, jul./set. 1999.

BALDO, T.D.; WALLACE, S.D.; O'HALLORAN, M.S. Effects of intrafamilial sexual assault on eating behaviors. *Psychol. Rep.*, Montana, v.79, n.2, p.531-536, 1996.

BALLESTER, F.D. et al. Eating attitudes and body satisfaction in adolescents: a prevalence study. *Acta Esp. Psiquiatr.*, Madrid, v.4, n. 30, p.207-212, 2002.

BARATIERI, L.N. *Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Santos, 2001.

BARSZCZ, B.; KOLARZYK, E. Dietary habits and nutritional status of secondary school pupils. *Przegl. Lek.*, n.60, p.36-39, 2003. Suplemento.

BAS, M.; KIZILTAN, G. Relations among control behaviors and eating attitudes, social psyche anxiety and fruit and vegetable consumption in Turkish adolescents. *Adolescence*, v.165, n.42, p. 167-178, 2007.

BECK, A. T. et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, P.; MALT, U.F.; DENCKER, S.J.; AHLFORS, U.G.; ELGEN, K.; LEWANDER, T. et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.372, p.1-87, 1993. Supplement.

BEHAR, V. S. Abordagem psicoterápica do paciente com bulimia nervosa. *Insight-psicoterapia*, São Paulo, n.43, p.11-14, 1994.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília, 2004. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica-Saúde Bucal*. v.17, Brasília, 2006.

BRASIL, A.L.D.; MORAES, D.E.B. Recusa alimentar na infância. In: ANCONA-LOPES, F; BRASIL, A.L.D. *Nutrição e dietética em clínica pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 2003. p.94-104.

BRAUN, D.L.; SUNDAY, R.; HALMI, K.A. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.*, v.24, p.859-867, 1994.

BREWERTON, T.D. et al. Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *J. Clin. Psychiatr.*, v.56, p.77-80, 1995.

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

BRUCH, H. Anorexia nervosa. Theory and therapy. *Am. J. Psychiatr.*, Washington, v.139, n.12, p.55-63, 1982.

BRYANT-WAUGH, R. Overview of the eating disorders. In: LASK, B.; BRYANT-WAUGH, R. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. East Sussex: Psychology Press, 2000. p.27-40.

BRYANT-WAUGH, R.J.; COOPER, T.J.; TAYLOR, C.L.; LASK, B.D. The use of eating disorder examination with children: a pilot study. *Int. J. Eat. Disord.*, n.19, p.391-397, 1996.

BHUGRA, D.; MASTROGIANNI, A.; MAHARAJH, H.; HARVEY, S. Prevalence of bulimic behaviors and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad and Barbados. *Transcult. Psychiatr.*, v.3, n.40, p.409-428, Sep. 2003.

BOLEAS, M.E. et al. Metabolismo óseo y pérdida de masa ósea en los trastornos de la alimentación. *An. Med. Interna*, Madrid, v.19, n.3, mar. 2002.

BURKE, F. J. Treatment of loss of tooth substance using dentine-bonded crowns: relate of a case. *Dent. Update*, v.25, n.6, p.234-240, Jul./Aug. 1998.

BURKE, F. J. T. et al. Bulimia: implications for the practicing dentist. *Br. Dent. J.*, v.180, n.11, p.421- 426, Jun. 1996.

BUSSE, S.R.; SILVA, B.L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S.R. *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, 2004.

BYELY, R. et al. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Int. J. Eat. Disord*, New York, v.2, n.28, p.155-164, 2000.

CALDEIRA, T.H.; D'OTTAVIANO-NÁPOLE, R.C.; BUSSE, S.R. Bulimia nervosa e suas alterações odontológicas. *Ped. Mod.*, São Paulo, n.35, p.130-135, maio 1999.

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

CANGUSSU, M. C. T.; COSTA, M. da C. N. O flúor tópico na redução da cárie dental em adolescentes de Salvador – BA, 1996. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v. 15, n. 4, p.348-353, out./dez. 2001.

CANTILINO, A. *Tradução para o português e estudo de validação da "Postpartum Depression Screening Scale" na população brasileira*. 2003. 98p. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

CARR, A.C.; ANCILL, R.J.; GOSH, A.; MARGO, A. Direct assessment of depression by microcomputer: a feasibility study. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.64, p.415-422, 1981.

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

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

CASTRO, J.M.; GOLDSTEIN, S.J. Eating attitudes and behaviors of pre and post-puberal females: clues to the etiology of eating disorders. *Physiol. Behav.*, v.1, n.58, p.5-23, 1995.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.24, p.07-12, dez. 2002. Suplemento.

COBELO, A.W. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p.119-129.

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

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

COHANE, G.H.; POPE JR, H.G. Body image in boys: a review of literature. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, n.29, p.373-379, 2001.

COHEN, J.A. Coefficient of agreement for nominal scales. *Educ. Psychol. Meas.*, v.20, p. 37-46, 1960.

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

CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, v.4, n.31, p.154-157, 2004.

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

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

CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v.23, n.1. jan./fev. 1999.

CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H., ZUARDI, A.W. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos editorial, 2000. p.345-353.

CRISP, A.H. et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatr.*, London, n.159, p.325-331, 1991.

CURRIN, L. et al. Time trends in eating disorder incidence. *Brit. J. Psychiatr.*, v.186, p.132-135, 2005.

DE CONTI, F. N. B.; MORENO, R. A.; CORDÁS, T. A. Avaliação da bulimia em pacientes com transtorno do humor através da escala BITE: Resultados preliminares. *Rev. ABP-APAL*, v.17, n.2, p.72-74, 1995.

DOTTI, A.; LAZZARI, R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eat. Weight Disord.*, v.3, n.4, p.188-194, 1998.

ECCLES, J.D. Dental erosion of non industrial origin: a clinical survey and classification. *J. Prosthet. Dent.*, v.6, n.42, p.649-653, 1979.

EISLER, I. et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a five year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatr.*, v.54, p.1025-1030, 1997.

EMANS, S.J. Eating disorders in adolescent girls. *Ped. Int.*, n.42, p.1-7, 2000.

FAIRBURN, C.G.; BEGLIN, S.J. Studies of the epidemiology of Bulimia Nervosa. *Am. J. Psychiatr.*, v.147, p.401-408, 1990.

FAIRBAUM, C. G.; COOPER, Z. The eating disorders examination. In: FAIRBAUM, C.G.; WILSON, G. T., *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993. p. 160-192.

FAIRBURN, C.G.; HARRISON, P.J. Eating disorders. *J. Lancet.*, v.1, n.361, p. 407-416, 2003.

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

FERRON, F. et al. Serum leptin concentrations in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and non-specific eating disorders correlate with the body mass index but are independent of the respective disease. *Clin Endocrinol.*, Oxford, v.46, n.3, p.289-293, 1997.

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

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINÁRIO, J.C. Instrumentos para avaliação de transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, n.24, p.34-38, 2002.

FRIAS, A. C.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Reliability and validity of oral health surveys: dental caries in the city of Sao Paulo, 2002. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 7, n. 2, 2004.

GARNER, D.M. About the Eating Attitudes Test. *Support, Concern and Resources For Eating Disorders Website*, 2000. Disponível em: <<http://www.eating-disorder.org/attitude-test.html>>. Acesso em : 4 jan. 2002.

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

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

GARNER, D. et al. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of AN. *Psychol. Med.*, n.9, p.273-279, 1982.

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

GELLER, J. et al. Assessment of shape- and weight- based self-esteem in adolescents. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, v.3, n.28, p.339-345, 2000.

GOLD, P.W. et al. Abnormal hypothalamic-pituitary-adrenal function in anorexia nervosa. Pathophysiologic mechanisms in underweight and weight-corrected patients. *N. Engl. J. Med.*, v.314, n.21, p.1335-1342, 1986.

GRABER, J.A.; TYRKA, A.R.; BROOKS-GUNN, J. How similar are correlates of different subclinical eating problems and bulimia nervosa. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, v.2, n.44, p.262-273, Feb. 2003

GRANGE, D.L. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatr.*, v.4, n.3, p.142-146, Out. 2005.

GROVE, W.M.; ANDREASEN, N.C.; McDONALD-SCOTT, P.; KELLER, M.B., SHAPIRO, R.W. Reliability studies of psychiatric diagnosis: theory and practice. *Arch. Gen. Psychiatr.*, v.4, n.38, p.408-413, 1981.

GUIMARÃES, F.S. Escalas analógicas visuais na avaliação de estados subjetivos. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.; ZUARDI, A.W., editores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.29-34.

GUSHI, L. L. et al. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúd. Pub.*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1383-1391, set-out, 2005.

HALBE, H.W.; HALBE, A.F.P.; RAMOS, L.O. A saúde da adolescente. *Ped. Mod.*, São Paulo, v.36, n.4, p.120-125, abr. 2000.

HAMILTON, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.*, v.6, p.278-296, 1967.

HAZELTON, L. R.; FAINE, M. P. Diagnosis and dental management of eating disorder patients. *Int. J. Prosthodont.*, v.9, n.1, p.65-73, Jan. 1996.

HELZER, J.E.; ROBINS, L.N.; TAIBLESON, M.; WOODRUFF, R.A. Jr; REICH, T.; WISH, E.D. Reliability of psychiatric diagnoses: a methodological review. *Arch. Gen. Psychiatr.*, v.2, n.34, p. 129-133, 1977.

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

HERZOG, D.B. et al. Psychiatric comorbidity in treatment seeking anorexics and bulimics. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.*, v.31, p.810-818, 1992.

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

HETHERINGTON, M.M. Eating disorders: diagnoses, etiology and perceptions. *J. Nutr.*, v.7-8, n.16, p.547-551, 2000.

HILL, A.J.; OLIVER, S.; ROGERS, P.J. Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *Brit. J. Clin. Psychol.*, v.31, p.95-105, 1992.

HOEK, H.W.; HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *J. Eat. Disord.*, v.4, n.34, p.383-396, 2003.

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

HOLT, R.; ROBERTS, G.; SCULLY, C. Dental damage, sequelae and prevention. *BMJ*, v.20, p.1717-1719, Jun. 2000.

HONIG, P. Family work. In: LASK, B.; BRYANT-WAUGH, R. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. East Sussex: Psychology Press, 2000. p.27-40.

HOTTA, M. et al. The responses of plasma adrenocorticotropin and cortisol to corticotropin-releasing hormone (CRH) and cerebrospinal fluid immunoreactive CRH in anorexia nervosa patients. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, v.62, n.2, p.319-324, 1986.

HUDSON, J.I. et al. Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatr. Res.*, v.9, p.345-354, 1983.

HSU, L.K.G. The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women? *Clin. Psychol. Rev.*, New York, v.9, n.3, p.393-407, Jun. 1989.

HSU, L.K.G. Epidemiology of eating disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.*, v.19, p.681-700, 1996.

IBGE. *Estatística/População/Censo Demográfico*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 maio. 2007.

JÁHN, M. Dental wear as a stomatologic manifestation of bulimia nervosa – a clinical case. *Fogorv. Sz.*, v.96, n.2, p. 71-73, Apr.2003.

JOERGENSEN, J. The epidemiology of eating disorders in Fyn County, Denmark, 1977-1986. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.85, p.30-34, 1992.

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

KAUFMAN, A. Transtornos alimentares na adolescência [artigo de revisão]. out. 2000. Disponível: <<http://www.moreirajr.com.br>>. Acesso em: 4 set. 2001.

KESTILÄ, L.; KOSKINEN, S.; MARTELIN, T.; RAHKONEN, O.; PENSOLA, T.; ARO, H.; AROMAA, A. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *Eur. J. Pub. Health.*, v.3, n.16, p. 305-314, 2006.

KLEINBAUM, D.; KUPPER, L.; MORGENSTERN, H. *Epidemiologic research: principles and quantitative methods*. California: Wardsworth, 1982.

KREIPE, R.E.; YUSSMAN, S.M. The role of the primary care practitioner in the treatment of eating disorders. *Adolesc. Med.*, v.14, n.1, p. 133-147, Feb. 2003.

LACERDA, J.T. Trabalho de campo em epidemiologia da saúde bucal. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. p.384-389.

LANDIS, JR; KOCH, GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, n.33, p.159-174, 1997.

LASATER, L.M.; MEHLER, P.S. Medical complications of bulimia nervosa. *Eat. Behav.*, New York, n.2, p.279-292, 2001.

LASK, B.; BRYANT-WAUGH, R. Prepubertal eating disorders. In: GARNER, D.; GARFINKEL, P. *Handbook of treatment for eating disorder*. New York: Guilford, 1997. p.476-483.

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

LEVINE, S.; ANCILL, R.J.; ROBERTS, A.P. Assessment of suicide risk by computer-delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr. Scand.*, v.80, p.216-220, 1989.

LLABACA, P.T.; LETELIER, C.O. Transtornos de alimentación em estudantes universitários. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v.36, n.1, p.7-10, 1999.

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

LUCAS, A.R. et al. 50 years trends in incidence of anorexia nervosa in Rochester, minnesota: a population-based study. *Am. J. Psychiatr.*, Washington, v.148, n.7, p.917-922, Jul. 1991.

LUCAS, A.R. et al. The ups and downs of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, v.26, p.397-405, 1999.

MAHAN, L.K.; STUMP, S.E. Nutrição na adolescência. In: MAHAN, K.L., ESCOTT-STUMP, S. *Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca, 1998. p. 279-283.

MANNINEM, P.; HELIÖVAARA, M.; RIIHIMÄKI, H.; MÄKELÄ, P. Does Psychological Distress predict disability? *Internat. J. Epidemiol.*, v.5, n.26, p.1063-1070, 1997.

MAPA da cidade do Recife: visão geral. Recife: Prefeitura, 2004. 1 mapa, colorido. Escala indeterminada. Disponível em:
<<http://www.recife.pe.gov.br/cidade/projetos/mapas/mapa0.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2004.

MARCHI, M.; COHEN, P. Early childhood eating and adolescent eating disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc.*, n.29, p.112-117, 1990.

MARI, J.J. Adaptação, validação e confiabilidade de instrumentos de pesquisa aplicados em Psiquiatria. In: *Escola Paulista de Medicina*; Departamento de Psicobiologia, Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. Escalas de avaliação para monitoração de tratamento com psicofármacos, 1988. São Paulo (SP): Ave Maria; 1989. p.21-29.

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

MARLOWE, K. A preliminary study of EAT and BITE scores for one school year in Bermuda: increased early anorexic measures related to socio-economic factors. *Int. J. Soc. Psychiatr.*, v.1, n.51, p.5-12, Mar. 2005.

MASO, A.A. et al. Bulimia. *Acta odontol. Venez.*, Caracas, v.39, n.2, abr. 2001.

MELIN, P.; ARAUJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.24, p.73-76, dez. 2002. Suplemento.

MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.; ZUARDI, A.W. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos editorial, 2000, p.23-28.

MILOSEVIC, A. Eating disorders and the dentist. *Brit. Dent. J.*, v.186, n.3, p.109-113, Feb. 1999.

MINTZ, S. Craniomandibular Dysfunction in children and adolescents: a review. *J. Craniomand. Prac.*, v.11, n.3, p.224-31, 1993.

MIOTTO, P.; DE COPPI, M.; FREZZA, M.; PRETI, A. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.7, n.191, p.437-443, Jul. 2003.

MITCHELL, J.E. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Psychol. Med.*, London, v.1, p.229-255, 1983.

MORAES, J.L.R. *Depressão no hospital geral: frequência de pacientes deprimidos na clientela de internos do Hospital Lauro Wanderley*. 1996. 144f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria) – Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

MORAES, A.K.B.; LEAL, C.; BROCCOS, L.P.; DRUMOND, M.R.S. Erosão: etiologia, características clínicas e diagnóstico. *DTM e dor orofacial*, 2006. Disponível em: <<http://dtmedororofacial.wordpress.com/2008/02/03/erosao-etilogia-caracteristicas-clinicas-e-diagnostico/>>

MORANDÉ, G.; CELADA, J.; CASAS, J.J. Prevalence of eating disorders in spanish scholl-age population. *J. Adolesc. Health*, v.24, p.212-219, 1999.

MORGAN, C.M.; FONTES, B.V; MORAES, D.E.B. Transtornos alimentares em crianças e adolescentes. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 231-240.

MORGANA, C.M.; VECCHIATTIA, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, sociológicos e culturais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.3, n.24, p.18-23, 2002. Suplemento.

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

MURAKAMI, C.; CORRÊA, M.S.N.P.; RODRIGUES, CRMD. Prevalência de erosão dental em crianças e adolescentes. *UFES Rev. Odontol.*, v.1, n.8, p.4-9, 2006.

NAKAMURA, K. et al. Eating problems in female Japanese high school students: a prevalence study. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, v.26, p.51-91, 1999.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev. Panam. Salud Publica.*, n.19, v.6, p.385-393, 2006.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Ethic/racial differences in weight-related concerns and behaviors among adolescent girls and boys: findings from Project EAT. *J. Psychosom. Res.*, v.53, p.794-963, 2002.

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

NUNES, M.A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 51- 57.

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

NUNES, M.A.A.; ABUCHAIN, A.L.G. Anorexia nervosa: quadro clínico, critério diagnóstico e etiologia. *J. Bras. Psiquiatr.*, n.44, p. 5-9, 1995. Suplemento.

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

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

NUNES, M.A.; APPOLINÁRIO, J.C.; GALVÃO, A.L.; COUTINHO, W. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ONIS, L. et al. Research Project on the treatment of anorexia and bulimia: an integrative, multidimensional approach. *Eat. Weight Disord.*, v.2, n.3, p. 164-168, Sep. 1997.

OPPERMAN, R.V.; ROSING, C.K. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: *ABOPREV - Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.257-281.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, 1993. p. 351.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Manual de Detecção de Lesões Suspeitas (Câncer de Boca)*. Brasília, 2001.

PARRY- JONES, B.; PARRY-JONES, W.L. Bulimia. An archival review of its history in psychosomatic medicine. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, v.10, p.129-143, 1991.

PASSI, V.A.; BRYSON, S.W.; LOCK, J. Assessment of eating disorders in adolescents with anorexia nervosa: self-report questionnaires versus interview. *Int. J. Eat. Disord.*, v.33, p.45-54, 2003.

PAWLUCK, D.E.; GOREY, K.M. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: integrative review of population-based studies. *Int. J. Eat. Disord.*, v.23, p.347-352, 1998.

PEGORARO, C.N.; SAKAMOTO, F.F.; DOMINGUES, L.A. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Rev. APCD*, v.2, n.54, p.156-161, 2000.

PEREIRA, M.G. Estrutura, vantagens e limitações dos principais métodos. In: _____. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.289-306.

PERES, M.A.; PERES, K.G. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: Um guia para serviços de saúde. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro.Guanabara, 2006. p.19-31.

PEREZ-GASPAR, M.; GUAL, P.; de IRALA-ESTÉVEZ, J.; MARTINEZ-GONZÁLEZ, M.A.; LAHORTIGA, F.; CERVERA, S. Prevalencia de transtornos de la conducta alimentaria em las adolescentes navarras. *Med. Clin.*, v.13, n.114, p.481-486, 2000.

PINTO, V.G. Identificação de problemas. In: _____. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. São Paulo: Santos Editora, 1990. p.109-170.

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

PRESTES, M.L.M. *A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à Academia*. São Paulo: Rêspel Editora, 2005.

RIBEIRO, K.M.N.; BUSSE, S.R. Anorexia nervosa em adolescentes do sexo masculino: relato de casos. *Infant. Rev. Neuropsiquiatr. Infanc. Adolesc.*, v.10, n.2, p.53-55, ago. 2002.

ROBB, N. D.; SMITH, B. G. Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. *J. Dent.*, v.24, n.1-2, p.7-16, Jan./Mar. 1996.

RODRIGUEZ-CANO, T.; BEATO-FERNANDEZ, L.; BELMONTE-LIARIO, A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur. Psychiatr.*, v.2, n.20, p.173-178, Mar. 2005.

ROMARO, R. A.; ITOKAZU, F. M. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.15, n.2, p.407-412, 2002.

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

RUSSEL, G. et al. Evaluation of family therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatr.*, v.44, p.1047-1056, 1987.

RYTÖMAA, I. et al. Bulimia and tooth erosion. *Acta Odontol. Scand.*, v.56, n.1, p.36-40, Feb. 1998.

SANTOS, N.C.N. et al. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana, Bahia. *Ciênc. Saúd. Colet.*, v.12, n.5, p.1155-1166, 2007.

SCHMIDT, U.; TREASURE, J. Eating disorders and the dental practitioner. *Eur. J. Prosthodont. Restor. Dent.*, v.5, n.4, p.161-167, Dec. 1997.

SHAW, L.; SMITH, A. J. Dental erosion – the problem and some practical solutions. *Brit. Dent. J.*, v.186, n.3, p.115-118, Feb. 1998.

SIERVO, M.; BOSCHI, V.; PAPA, A.; BELLINI, O.; FALCONI, C. Application of the SCOFF, Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eat. Weight Disord.*, v.2, n.10, p.76-82, Jun. 2005.

SNAITH, R.P. Rating scales. *Br. J. Psychiatr.*, n.138, p.512-514, 1981.

SOUGEY, E.B. As escalas de avaliação nos ensaios clínicos com benzodiazepínicos: a propósito da escala de ansiedade de Hamilton. *J. Bras. Psiquiatr.*, n.36, p.49-53, 1987.

SOUGEY, E.B. *Sistema LICET-D-10: multidiagnóstico computadorizado das depressões*. 1992. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SPIGSET, O. Oral symptoms in bulimia nervosa. *Acta. Odontol. Scand.*, n.49, p.335-339, 1991.

STROBER, M. Family-genetic studies. In: _____. *Psychobiology and Treatment of AN BN*. Washington: Halmi, 1993. p. 61-76.

SUHAIL, K.; ZAIB-U-NISA. Prevalence of eating disorders in Pakistan: relationship with depression and body shape. *Eat. Weight Disord.*, v.2, n.7, p.131-138, Jun. 2002.

SULLIVAN, P.F. Mortality in anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatr.*, v.152, p.1073-1074, 1995.

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

THOMPSON, K.M. et al. Sexual Violence and weight control techniques among adolescent girls. *Int. J. Eat. Disord.*, New York, v.2, n.29, p.166-176, 2001.

TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. A. M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesq. Odontol. Bras.*, São Paulo, v.15, n.4, p.359-363. out./dez. 2001

TSENG, M.M.; FANG, D.; LEE, M.B.; CHIE, W.C.; LIU, J.P.; CHEN, W.J. Two-phase survey of eating disorders in gifted dance and non-dance high school students in Taiwan. *Psychol. Med.*, v.8, n.37, p.1085-1096, 2007.

TYLEND, C.A. et al. Bulimia nervosa: its effect on salivary chemistry. *J. Am. Dent. Assoc.*, n.122, p.37-41, Jun.1991.

VALENTE, M.S.G. Saúde oral na adolescência. *Adolesc. Latinoam.*, v.1, n.3, p.170-174, oct./disc., 1998.

VERSIANI, M. Princípios gerais básicos das escalas de avaliação (histórico, diferentes tipos de escalas, problemas de avaliação). In: *Escola Paulista de Medicina*; Departamento de Psicobiologia, Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. Escalas de avaliação para monitoração de tratamento com psicofármacos, 1988. São Paulo (SP): Ave Maria; 1989. p.1-13.

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

VITOLO, Y. L. C.; FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R.; BORDIN, I. A. S. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev. Saúd. Pub.*,v.5, n.39, p.716-724, 2005.

WILLI, J.; GROSSMAN, S. Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am. J. Psychiatr.*, Washington, v.140, n.5, p. 564-567, May. 1983.

WITTENBORN, J.R. Reliability, validity and objectivity of symptom-rating scales. *J. Nerv. Ment. Dis.*, v.2, n.154, p.79-87, 1972.

WOODSIDE, D.B. A review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr. Probl. Pediatr.*, v.25, p. 67-89, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys*. Geneva, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. Geneva, 1997.

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

XIMENES, R.; COLARES, V.; COUTO, G.B.L.; XIMENES, J.D.C. O impacto de transtornos alimentares na saúde bucal de adolescentes aos 14 anos. *JBP – Rev. Ib.-Am. Odontoped. Odontol. Bebê*, v.7, n.40, p.543-50, 2004.

XIMENES, R.C.C.; LEIMIG, L.; COUTO, G.B.L.; COLARES, V. Hábitos alimentares em uma população de adolescentes. *Odontol. Clin.-Cient.*, v.4, n.5, p.287-292, out./dez., 2006.

YANEZ, A.M.; PEIX, M.A.; ATSERIAS, N.; ARNAU, A., BRUG, J. Association of eating attitudes between teenage girls and their parents. *Int. J. Soc. Psychiatr.*, v.6, n.53, p.507-513, Nov. 2007.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (BITE)

Pesquisador Responsável: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes CRO-PE: 6393

Endereço: Rua Benjamin Constant 204/21, Torre, Recife-PE, CEP: 50710150. Telefone: 92426387

Eu, _____, RG nº _____, autorizo o menor _____, pelo qual eu sou responsável e aceito participar da aplicação do questionário “Teste de investigação bulímica – versão para adolescentes”, que tem como objetivo responder um questionário sobre sintomas de bulimia entre adolescentes. Trata-se de parte do projeto de pesquisa do curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, da pesquisadora responsável CD Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, sob orientação dos Professores Drs. Everton Botelho Sougey e Geraldo Bosco Lindoso Couto. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram garantidas, assim como dos riscos e benefícios relacionados abaixo:

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

RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o adolescente possa ter para responder ao questionário.

BENEFÍCIOS: Caso o adolescente tenha alguma indicação de tratamento, será encaminhado e receberá as instruções devidas.

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

Recife, _____ de _____ de 200_____.

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura

Nome do pai e/ou responsável

Assinatura

Nome do adolescente

Assinatura

Nome da primeira testemunha

Assinatura

Nome da segunda testemunha

Assinatura

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO COM DADOS BIODEMOGRÁFICOS

1. Quantos cômodos tem na sua casa? _____ cômodos
2. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas
3. Você tem irmãos? () SIM () NÃO Se NÃO passe para o item 5; Se SIM; 4 Que lugar você ocupa com relação aos irmãos? () é o (a) filho (a) caçula () É o (a) mais velho (a) () É intermediário
5. Seu pai e/ou responsável consegue ler uma carta/revista? () Não consegue ler () Sim, lê com dificuldade () Sim, lê com facilidade
6. Até que série seu responsável estudou? () ensino fundamental 1 {de 1 ^a a 4 ^a série} () ensino fundamental 2 {de 5 ^a a 8 ^a série} () nível médio () ensino superior () Nunca foi a escola
7 Qual a sua idade? () 12 () 13 () 14 () 15 () 16
8 Gênero: () Masculino () Feminino

APÊNDICE C – FICHA CLÍNICA

FICHA DE EXAME CLÍNICO

Examinador: _____

Anotador: _____

Número do adolescente: _____

Condição da Coroa Dental

17	16	15	14	13	12	11

21	22	23	24	25	26	27

47	46	45	44	43	42	41

31	32	33	34	35	36	37

- Índice CPOD

índice	Cariados	Perdidos	Obturados
N			
	Total CPO-D		
	Prevalência		

Referência:

Prevalência	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
CPO-D	0,1-1,1	1,2-2,6	2,7-4,4	4,5-6,5	≥6,6

Alterações bucais:

Gengivite SIM () NÃO ()

Queilite SIM () NÃO ()

Bruxismo SIM () NÃO ()

Mucosites SIM () NÃO ()

Localização:

1 ()

2 ()

3 ()

Erosões dentais SIM () NÃO ()

Localização:

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

Hipertrofia das glândulas salivares SIM () NÃO ()

Tipo:

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()

AVALIAÇÃO DE PLACA E SANGRAMENTO GENGIVAL

ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL- IPV (MODIFICADO)	ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL- ISG (MODIFICADO)
16___ 55___ 51___ 65___ 26___ 11	16___ 55___ 51___ 65___ 26___ 11
46___ 85___ 71___ 75___ 36___ 31	46___ 85___ 71___ 75___ 36___ 31

$$\text{IPV} = \frac{\text{n}^\circ \text{ dentes c/ placa} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ dentes presentes}}$$

$$\text{ISG} = \frac{\text{n}^\circ \text{ dentes c/ placa} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ dentes presentes}}$$

Referência (OPPERMANN, RÖSING, 1999):

< 33,3% - Leve

33,3% - 66,6% - Moderada

>66,6% - Grave

APÊNDICE D – CÓDIGOS E CRITÉRIOS PARA O EXAME CLÍNICO BUCAL

CÓDIGOS E CRITÉRIOS ADOTADOS PARA ALTERAÇÕES BUCAIS SUGESTIVAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES	
ALTERAÇÕES	CÓDIGOS E CRITÉRIOS
A Coroa hígida	<p>Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manchas esbranquiçadas; ▪ Descolorações ou manchas rugosas; ▪ Sulcos e fissuras do esmalte manchado, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado ou amolecimento das paredes; ▪ Áreas escuras, brilhantes duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; ▪ Lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão. <p><i>Nota:</i> Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.</p>
B Coroa cariada	<p><i>Sulco, fissura ou superfície lisa</i> apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). Na dúvida, considerar o dente hígido.</p> <p><i>Nota:</i> Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença <i>no momento do exame</i>, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente <i>atacado por cárie</i>, registrando-se cariado. Entretanto, este <i>enfoque epidemiológico</i> não implica admitir que há necessidade de uma restauração.</p> <p><i>Nota:</i> Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, o código "B" deverá ser registrado na casela do respectivo dente.</p>
C Coroa restaurada, mas cariada	<p>Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).</p>
D Coroa restaurada e sem cárie	<p>Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como "H".</p> <p><i>Nota:</i> Com relação aos códigos "C" e "D", a presença de ionômero de vidro em qualquer elemento dentário será considerada, neste estudo, como face restaurada.</p>
E Dente perdido devido à cárie	<p>Um dente foi extraído por causa de cárie e não por outras razões.</p>
F Dente perdido por outra razão	<p>Ausência se deve a razões ortodônticas, traumáticas ou congênitas.</p>
G Selante	<p>Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código B (cárie)</p>
H Apoio de ponte ou coroa	<p>Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para <i>coroas instaladas por outras razões que não a cárie</i> ou para <i>facetas estéticas</i>. Dentes extraídos ou substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como E ou F.</p>
T Trauma ou fratura	<p>Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.</p>

L Dente excluído	Aplicado a qualquer dente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas, etc.). <i>Nota:</i> conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.
Mucosites	1. Eritema do palato 2. Eritema na faringe
Queilites	Presença de fissuras únicas ou múltiplas nos lábios ou ângulos da boca, com presença ou não de sangramento.
Gengivites	Aumento de volume da gengiva que ultrapasse os espaços interproximais, envolvendo várias papilas gengivais, associado a hiperemia ou cianose, sensível ao toque, com sangramento fácil e superfície brilhante.
Hipertrofia das glândulas salivares	Aumento das glândulas, uni ou bilateral, indolor. 1. Hipertrofia das glândulas parótidas 2. Hipertrofia das glândulas sublinguais 3. Hipertrofia das glândulas submandibulares
Erosões dentais	✓ esmalte dentário com aspecto liso e opaco ✓ cúspides dentárias desgastadas reduzindo a altura do dente ✓ dentes com coloração escuro-acinzentada. ✓ restaurações projetadas pela deterioração do esmalte adjacente. ✓ as bordas incisais dos dentes acometidas, produzindo coroas clínicas curtas e a aparência de pseudomordida aberta Localização: 1. Bordas incisais dos elementos anteriores 2. Faces palatinas/linguais dos elementos anteriores 3. Elementos posteriores 4. Mais de uma face
Bruxismo	Cúspides dos caninos ou bordas incisais dos elementos dentais anteriores desgastadas.
Observações	

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador Responsável: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes CRO-PE: 6393

Endereço: Rua Benjamin Constant 204/21, Torre, Recife-PE, CEP: 50710150. Telefone: 92426387

Eu, _____, RG nº _____, autorizo o menor _____, pelo qual eu sou responsável e aceito participar da pesquisa intitulada “Transtornos Alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência”, que tem como objetivo identificar alterações nos dentes e gengiva de adolescentes portadores de sintomas de transtornos alimentares. Trata-se do projeto de pesquisa do curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, da pesquisadora responsável CD Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, sob orientação dos Professores Drs. Everton Botelho Sougey e Geraldo Bosco Lindoso Couto. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram garantidas, assim como dos riscos e benefícios relacionados abaixo:

6. O adolescente irá responder a perguntas relacionadas à alimentação e à economia da família;
7. O adolescente irá fazer um exame para contagem do número de cáries e receberá informações sobre a sua saúde bucal;
8. Durante toda pesquisa o adolescente receberá instruções sobre como cuidar dos dentes e gengiva;
9. O adolescente 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;
10. 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;
11. O adolescente não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações pessoais serão mantidas em sigilo;
12. As respostas do adolescente serão mantidas em sigilo pela pesquisadora; e todas as despesas para desenvolvimento da pesquisa são de responsabilidade apenas da pesquisadora.

RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o adolescente possa ter para responder ao questionário, e no exame da boca, como se trata apenas de uma observação, a possibilidade de ocorrer algum problema é pequena.

BENEFÍCIOS: Caso o adolescente tenha alguma indicação de tratamento, será encaminhado e receberá as instruções devidas.

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

Recife, _____ de _____ de 200_____.

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura

Nome do pai e/ou responsável

Assinatura

Nome do adolescente

Assinatura

Nome da primeira testemunha

Assinatura

Nome da segunda testemunha

Assinatura

ANEXO A - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES – VERSÃO PARA ADOLESCENTES (EATING ATTITUDES TEST – EAT-26)

Por favor, responda às seguintes questões:

Sempre Muitas Às Poucas Quase Nunca
vezes vezes vezes nunca

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

ANEXO B - TESTE DE AVALIAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGH – VERSÃO PARA ADOLESCENTES (BULIMIC INVESTIGATORY TEST OF EDINBURGH – BITE)

Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE							
01	Você segue um padrão regular de alimentação?						
02	Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?						
03	Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez?						
04	Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não esta de dieta?						
05	Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro? <i>(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão06.)</i>						
06	Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?						
							Dia sim, dia não (5) 2-3 vezes por semana (4) Uma vez por semana (3) De vez em quando (2) Apenas uma vez (1)
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).							
07	Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?						
	Nunca	Raramente	Uma vez/semana	Duas ou três vezes/semana	Diariamente	Duas ou três vezes/dia	Cinco vezes/dia
	Comprimidos para emagrecer						
	Diuréticos						
	Laxantes						
	Provoca vômitos						
08	Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida?						
09	Você diria que a comida "domina" a sua vida?						
10	De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?						
11	Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida?						
12	Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?						
13	Você sempre consegue parar de comer quando quer?						
14	Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?						
15	Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?						
16	A idéia de ficar gordo(a) apavora ?						
17	Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?						
18	Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?						
19	O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?						
20	Você busca na comida um conforto emocional?						
21	Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?						
22	Você engana os outros sobre o quanto come?						
23	A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?						
24	Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo? <i>(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão25)</i>						
25	Esse episódio o deixou deprimido?						
26	Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?						
27	Com que frequência esses episódios acontecem?						
							Quase nunca (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Duas ou três vezes por semana (4) Diariamente (5) Duas ou três vezes por dia (6)
PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (____).							
28	Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?						
29	Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?						
30	Você, de vez em quando, come escondido?						
31	Você consideraria seus hábitos alimentares normais?						
32	Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?						
33	Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana?						

Avaliação de resultados

1. Escala de gravidade:

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

2. Escala de sintomas

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

2.2. Outros itens _ pontua-se sim

2.3. Total:

2.3.1. Máximo escore = 30

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

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

**ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ESCALA DE HAMILTON
PARA DEPRESSÃO (QAEH-D)**

1. Você está deprimido? () Não () Um pouco () Muito () Extremamente	10. Você já tentou ou pretende se matar? () Não () Sim
2. Você sente culpa por coisas que tem dito ou pensado? () Não () Um pouco () Muito () Extremamente	11. Você acha que está mais lento que o normal? () Não () Um pouco () Muito () Extremamente
3. Você tem demorado para pegar no sono? () Não () Às vezes () Sempre	12. Você se sente ansioso ou tenso? () Não () Um pouco () Muito () Extremamente
4. Você dorme inquieto, acordando frequentemente? () Não () Às vezes () Sempre	13. Você sofre de algum sintoma físico? () Não () Às vezes () Sempre
5. Você tem acordado mais cedo do que o normal e sente-se incapaz de voltar a dormir? () Não () Às vezes () Sempre	14. Você está preocupado de ter uma doença séria como câncer ou AIDS? () Não () Um pouco () Muito () Extremamente
6. Você tem perdido o interesse em seu trabalho ou passatempos preferidos? () Não () Um pouco () Muito () Extremamente	15. Você tem perdido o interesse em sexo? () Não () Às vezes () Sempre
7. Sua vida é sem sentido? () Não () Sim	16. Você tem perdido peso, exceto se em dietas? () Não () Sim, mas as roupas ainda cabem () Sim, as roupas estão folgadas
8. Você tem pensando em acabar com tudo? () Não () Sim	17. Você se sente pior pela manhã cedo, mas melhora no decorrer do dia? () Não () Às vezes () Sempre
9. Você tem feito planos para se matar? () Não () Sim	18. Você sente como que você ou o mundo fossem irrealis? () Não () Um pouco () Muito () Extremamente

Respostas**Resposta tipo 1**

Resposta	Escore
Não	0
Um pouco	1
Muito	2
Extremamente	3

Resposta tipo 2

Resposta	Escore
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2

Resposta tipo 3

Resposta	Escore
Não	0
Sim	1

Resposta tipo 4

Resposta	Escore
Não	0
Sim, mas as roupas ainda cabem	1
Sim, as roupas estão folgadas	2

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. N.º 152/2007 - CEP/CCS

Recife, 21 de junho de 2007

Registro do SISNEP FR – 104326

CAAE – 0199.0.172.000-06

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 192/06

Título: “Transtornos alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência”

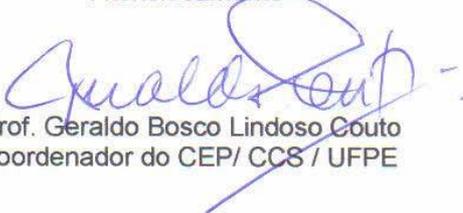
Pesquisador Responsável: Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

Senhora Pesquisadora:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 21 de junho de 2007.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório anual da pesquisa.

Atenciosamente



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

A
Doutoranda Rosana Christine Cavalcanti Ximenes
Programa Integrado de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

Ximenes, Rosana Christine Cavalcanti

Transtornos alimentares de ordem comportamental e sua repercussão sobre a saúde bucal na adolescência / Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. – Recife : O Autor, 2008.

188 folhas ; il., quadro, fig., tab., gráf.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento, 2008.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Transtornos Alimentares - Adolescência. 2. Saúde bucal. I. Título.

616.89

CDU (2.ed.)

UFPE

616.89

CDD (22.ed.)

CCS2006-106