

Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição

Risk for development of eating disorders in students of Nutrition

LISÂNGELA RITA PENZ¹
SIMONE MORELO DAL BOSCO²
JAINE MARIA VIEIRA³

RESUMO

Objetivos: avaliar a presença de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição.

Métodos: foram avaliadas 203 alunas matriculadas em curso superior de Nutrição através do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26). A presença de risco foi caracterizada como EAT+ (escore superior a 20). Foi calculado o índice de massa corporal através de peso e altura auto-referidos. A correlação entre EAT+ e índice de massa corporal foi avaliada pelo coeficiente de Spearman.

Resultados: de acordo com o questionário, 35% das mulheres estudadas apresentavam risco de desenvolvimento de transtornos alimentares e 75,8% apresentavam-se eutróficas. Encontramos correlação positiva entre EAT+ e índice de massa corporal no grupo de estudantes eutróficas.

Conclusões: as estudantes de Nutrição eutróficas apresentaram risco para comportamentos alimentares inadequados.

DESCRIPTORIOS: FATORES DE RISCO; ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE; NUTRIÇÃO; COMPORTAMENTO ALIMENTAR; TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO; QUESTIONÁRIOS.

ABSTRACT

Aims: To evaluate the presence of risk for the development of eating disorders in students of Nutrition.

Methods: Two hundred three students from a faculty of Nutrition were evaluated through the Food Attitudes Test (EAT-26). Presence of risk was characterized as EAT+ (score above 20). The body mass index was calculated through auto-cited weight and height. Correlation between EAT+ and body mass index was evaluated by the Spearman coefficient.

Results: According to the questionnaire, 35% of the studied women were at risk for developing eating disorders, and 75.8% were eutrophic. We found positive correlation between EAT+ and body mass index in the group of eutrophic students.

Conclusions: Eutrophic students of Nutrition presented risk for inappropriate food behaviours.

KEY WORDS: RISK FACTORS; STUDENTS, HEALTH OCCUPATIONS; NUTRITION; FEEDING BEHAVIOR; EATING DISORDERS; QUESTIONNAIRES.

¹ Nutricionista da Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior - UNIVATES.

² Nutricionista. Mestre em Gerontologia Biomédica pela PUCRS. Coordenadora do Curso de Nutrição da UNIVATES.

³ Nutricionista. Doutora em Nutrição pela Universidad Complutense de Madrid - UCM. Professora Substituta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares são frequentemente considerados quadros clínicos ligados à modernidade.¹ Esses transtornos são fenômenos pluridimensionais resultantes da interação de fatores pessoais, familiares e socioculturais, caracterizados pela preocupação intensa com alimento, peso e corpo.² São divididos em duas categorias principais: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

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 as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas.³

Também influenciam no comportamento alimentar feminino: a autopercepção corporal, refletida como uma grande insatisfação com sua própria imagem corporal; a influência familiar; o uso de dieta restritiva, que, quanto mais frequente, mais indica preocupação com o peso corporal; a prática de atividade física; e a leitura de revistas que exaltam a utilização de dieta restritiva e a magreza como símbolo de beleza e de poder.⁴ O imaginário dessas pessoas é invadido pelo padrão vigente da boa forma física, simbolizada pela magreza. Tal corpo é incompatível para a maioria das pessoas, que acabam por se envolver em práticas alimentares e comportamentos disfuncionais em busca de atingir esse corpo dito ideal.⁵

Em revisão sistemática e metassíntese, Espíndola e Blay⁵ relatam que os transtornos alimentares ocorrem em 90 a 95% dos casos no sexo feminino.

Segundo a *American Psychiatric Association*, a prevalência de anorexia nervosa varia entre 0,3 a 3,7% e a de bulimia nervosa é cerca de 1,1 a 4%, ambas na população feminina jovem.⁶ As principais complicações clínicas dos transtornos alimentares são hipercolesterolemia, hipoglicemia, alterações endócrinas, queda da densidade mineral óssea, arritmia cardíaca devida às perdas hidroeletrólíticas, hipotensão, alterações pulmonares, insuficiência renal e suicídio.⁷

O sentimento de negação da própria condição patológica, muitas vezes conseqüência de tabu existente em torno dos sintomas dos transtornos alimentares, leva essas síndromes a se estenderem por um longo período de tempo sem ser diagnosticadas, acarretando o aparecimento de comorbidades e agravos à saúde.⁴ O conhecimento de que a percepção distorcida do peso corporal leva a práticas inadequadas de controle de peso pode favorecer medidas preventivas como campanhas educacionais que visem esclarecer a ligação entre a cultura do corpo e os transtornos alimentares.⁸

Os transtornos alimentares podem ser diagnosticados por meio dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os questionários auto-aplicáveis são fáceis de usar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos. Vários deles apresentam propriedades psicométricas adequadas e permitem aos respondentes revelar um comportamento que, por considerarem vergonhoso, poderia deixá-los relutantes numa entrevista face-a-face.⁹

O EAT-26 (*Eating Attitudes Test*) indica a presença de padrões alimentares anormais e fornece um índice de gravidade de preocupações típicas de pacientes com transtorno alimentar, particularmente intenção de emagrecer e medo de ganhar peso.⁴ O questionário, isolado, não possui poder de diagnóstico, mas serve para a triagem de novos casos e, de certo modo, para a avaliação da gravidade dos sintomas alimentares.¹⁰ Esse instrumento foi desenvolvido e validado por Garner e Garfinkel¹¹ em 1979, utilizando população feminina do Canadá: um grupo de pacientes com anorexia nervosa e outro de universitárias sem histórico de transtornos alimentares ou psiquiátricos. Segundo Bighetti,¹² é de suma importância que possíveis casos de transtornos alimentares sejam diagnosticados precocemente, pois são síndromes psicossomáticas consideradas graves e de prognóstico ruim.

Objetivando avaliar a presença de fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição, aplicou-se o EAT-26 nas alunas matriculadas no curso de Nutrição do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/RS.

MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universi-

tário UNIVATES. O estudo realizado foi do tipo transversal.

Através do Setor de Atendimento ao Aluno, obteve-se a listagem de alunos matriculados no curso de Nutrição no semestre A/2007. Foram incluídas no estudo todas as alunas de sexo feminino maiores de 18 anos, presentes à sala de aula no momento da aplicação do questionário e que aceitaram participar do estudo. As alunas que aplicaram os questionários, assim como os questionários que foram respondidos parcialmente, foram excluídos.

Durante três semanas, no mês de abril de 2007, sete estudantes de Nutrição, previamente treinadas pelas pesquisadoras quanto ao procedimento de aplicação do questionário, compareceram às salas de aula onde havia alunas do curso de Nutrição e solicitaram ao docente a permissão para o preenchimento do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (tempo médio de 10 minutos). O questionário foi de autopreenchimento. O instrumento utilizado para avaliação da possibilidade de desenvolvimento de transtornos alimentares foi o EAT-26, traduzido e validado para o idioma português.^{11,12} Os dados de idade, peso e estatura foram auto-referidos. A classificação do índice de massa corporal (IMC) foi feita de acordo com a Organização Mundial da Saúde.¹³

O questionário EAT-26 é um instrumento composto por 26 questões dirigidas à sintomatologia anoréxica, podendo variar de 0 a 78 pontos. Apresenta respostas em escala Likert, onde a opção "sempre" vale 3 pontos, "muito frequentemente", 2 pontos, "frequentemente" 1 ponto e as demais não recebem pontuação (às vezes, raramente e nunca), com exceção da pergunta nº 25, que tem os valores invertidos.¹¹ Quando o número de respostas positivas foi igual ou superior a 21 pontos, o resultado foi classificado como EAT+ e considerado indicador de risco para o desenvolvimento de um transtorno nutricional.

Os dados foram tabulados utilizando o *software* Microsoft Excel 2003. Para a análise estatística, foi utilizado o teste de Spearman para avaliar a correlação entre EAT+ e IMC. Utilizou-se o *software* GraphPad InStat versão 3.00 para Windows 95.

RESULTADOS

Duzentos e oitenta e sete alunos estavam matriculados no curso de Nutrição. Quatro

alunos foram excluídos por terem menos de 18 anos, três por serem do sexo masculino e sete por serem as alunas que aplicaram os questionários. Quarenta e cinco questionários foram excluídos por estarem incompletamente preenchidos. Três alunas não quiseram responder e 12 alunas não foram encontradas na sala de aula no momento da aplicação.

A média de idade da amostra foi de 23,6 anos de idade (DP \pm 5,5), sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 52 anos. A média do IMC encontrada foi de 20,8 kg/m² (DP \pm 2,4).

Dentre as alunas pesquisadas, 38 (18,7%) estavam abaixo do IMC considerado normal (=18,5 kg/m²), o que caracteriza um dos critérios diagnósticos para transtornos alimentares, segundo o DSM IV e o CID 10; 154 (75,8%) estavam eutróficas (IMC 18,5-24,99 kg/m²); 10 (4,9%) estavam em pré-obesidade (IMC 25-29,99 kg/m²); e 1 (0,5%) estava com obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,99 kg/m²).

De acordo com o EAT-26, entre as 203 estudantes foram encontradas 71 (35%) com um escore positivo: EAT+ (= 21 pontos). As 132 alunas restantes (65%) foram consideradas como EAT- (sem sintomas). A estratificação das alunas conforme o IMC e o EAT+ é mostrada na Tabela 1.

TABELA 1 – Estratificação das estudantes conforme índice de massa corporal e EAT+ *

| Índice de massa corporal | Número de estudantes | Estudantes com EAT+* N (%) |
|--|----------------------|----------------------------|
| ≤ 18,5 kg/m ² (Desnutrição) | 38 | 8 (21) |
| 18,5 - 24,99 kg/m ² (Eutrofia) | 154 | 60 (39) |
| 25 - 29,99 kg/m ² (Pré-obesidade) | 10 | 2 (20) |
| 30 - 34,99 kg/m ² (Obesidade grau I) | 1 | 1 (100) |
| Total | 203 | 71 (35) |

* EAT+ = questionário EAT-26 (*Eating Attitudes Test*) com escore superior a 20 pontos (indicador de risco para o desenvolvimento de transtorno nutricional).

Observou-se que, no grupo de estudantes eutróficas, o EAT+ apresentava correlação positiva com o IMC, ou seja, quanto maior o IMC, maior a frequência de EAT+ (coeficiente de Spearman 0,2470; p=0,0004) (Figura 1).

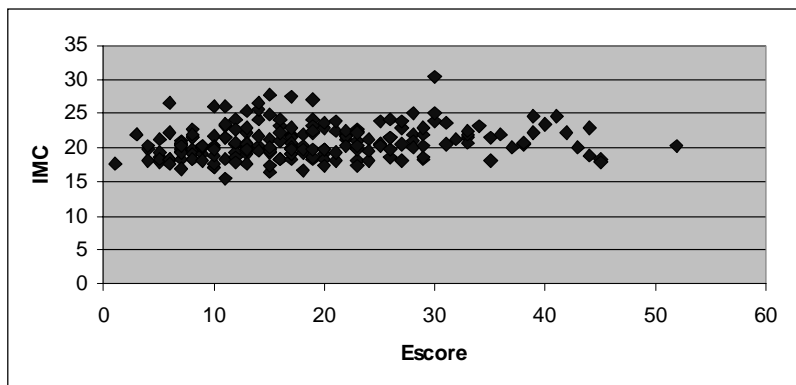


Figura 1 – Correlação entre IMC (índice de massa corporal) e escore do EAT-26 (*Eating Attitudes Test*). No grupo de estudantes eutróficas (IMC 18,5 - 24,99 kg/m²) a frequência de EAT+ (escore >20) apresenta correlação positiva com o aumento do IMC (coeficiente de Spearman 0,2470; $p = 0,0004$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, 35% das mulheres estudadas apresentavam risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, embora a maioria (75,8%) fossem eutróficas. Em estudo com alunas universitárias, em Florinópolis, encontrou-se 85,7% das alunas eutróficas.¹⁴ Em estudo realizado no Rio de Janeiro para avaliação de auto-percepção corporal em alunas do curso de Nutrição de uma universidade federal, encontrou-se um IMC médio de 20,80 kg/m² (DP±2,5). A média de idade desse mesmo estudo foi 20,9 anos (DP±2,0).¹⁵

A média encontrada de IMC (20,8±2,4kg/m²) da amostra indica que a maioria das alunas encontrava-se na metade inferior da normalidade. Em estudo semelhante realizado com população feminina, encontrou-se um índice de eutrofia de 82%, embora os números correspondentes a baixo peso e ao excesso de peso (sobrepeso/obesidade) tenham sido diferentes: 2% e 16%, respectivamente.⁸ Estes números podem indicar a pressão à qual as estudantes de Nutrição já são submetidas antes de entrarem em contato direto com a sua profissão.

A pré-obesidade e a obesidade apareceram em pequena porcentagem. De acordo com a CMAJ (2007), a obesidade está alcançando proporções epidêmicas no mundo e está afetando não somente adultos, mas também crianças e adolescentes. Nos últimos 20 anos, a obesidade transformou-se no problema nutricional mais prevalente no mundo, superando a desnutrição e as doenças infecciosas, e tornando-se o problema mais significativo, com alto índice de morbidade e mortalidade.¹⁶ A correlação positiva entre EAT+ e IMC mostra que as alunas eutróficas também podem estar apresentando comporta-

mentos alimentares inadequados, principalmente aquelas que se encontram no limite superior da normalidade. Talvez mais do que as moças que já se encontram nas faixas de pré-obesidade, nas quais a porcentagem de EAT+ foi menor – embora a amostra destas tenha sido muito pequena para avaliar completamente esse aspecto.

No estudo de Fiates e Salles, onde foi aplicado o questionário EAT-26 em alunas do curso de Nutrição, comparando-as com alunos de áreas desvinculadas da saúde, encontrou 25,4% de EAT+ nas futuras nutricionistas, enquanto que o outro grupo de estudantes apresentou 18,7% de EAT+.¹⁴

Outro estudo, que comparou comportamento alimentar de estudantes de Nutrição e de Psicologia, aquelas do curso de Nutrição apresentaram escore de EAT+ em 18,3% da amostra, enquanto as de Psicologia apresentaram 13,3% de escore positivo. Isto poderia ser explicado pela procura dos cursos de Nutrição por pessoas que possam ter maior tendência a desenvolver esses transtornos. Os resultados apontaram para uma maior incidência de distorção da imagem corporal e de comportamento alimentar inadequado entre as alunas de nutrição.¹⁷

O estudo de Souza et al. (2002), com estudantes do curso de Medicina, encontrou EAT+ em 5,5% das alunas.¹⁸ Em estudo com adolescentes, Chiodini e Oliveira (2003) encontraram escores mais elevados nas meninas do que nos meninos (8,3% e 3,7%, respectivamente), confirmando o fato de que as mulheres são bastante influenciáveis pela cultura e pela mídia, que pregam a magreza como sinônimo de beleza, aumentando a probabilidade de atitudes alimentares anormais desde cedo.¹⁹

Provavelmente as alunas do curso de Nutrição apresentam uma preocupação exagerada

com a sua forma física, e estão em constante contato com os alimentos, o que acaba favorecendo a obsessão por uma aparência aceitável pela sociedade. As futuras nutricionistas têm conhecimento das propriedades dos alimentos – e há uma constante cobrança para que já coloquem em prática este conhecimento. Estas acabam fazendo uso disto para atingirem seus objetivos pessoais e profissionais, muitas vezes colocando sua saúde em risco. O contexto em que essas alunas estão inseridas, desde a entrada na faculdade até a vivência da vida profissional, pode ajudar a criar um ambiente mais favorável ao desenvolvimento de distúrbios nutricionais.

Concluimos que a alta frequência de EAT+ encontrada é um dado bastante preocupante, que evidencia a tendência atual de aumento na prevalência de transtornos alimentares. A alta porcentagem de escores positivos dentro dos limites da eutrofia sugere que alunas com peso adequado mostram-se excessivamente preocupadas com seu peso e podem estar enxergando seu corpo de uma maneira distorcida. Vale ressaltar que os transtornos alimentares têm uma etiologia multifatorial e que deve continuar sendo investigada, aliada às influências da sociedade e da mídia.

REFERÊNCIAS

1. Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24 (Supl III):3-6.
2. Souto S, Ferro-Bucher JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. Rev Nutr Campinas. 2006;19: 693-704.
3. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl III):7-12
4. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopercebíveis. Rev Bras Epidemiol. 2005;8:236-45.
5. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. Rev Psiquiatr RS. 2006;28:265-75.
6. American Psychiatric Association. Practice guideline treatment for psychiatric disorders: compendium 2000. Washington: The Association; 2000.
7. Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(Supl III):29-33.
8. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23:21-7.
9. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumento para avaliação dos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(S3):34-8.
10. Cordás TA, Neves JPP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Rev Psiq Clin. 1999;26:41-7.
11. Garner DN, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979;2:273-9.
12. Bighetti F. Tradução e validação do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto(SP); Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
13. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of WHO consultation. WHO Tech Rep Series. 2000;894:1-253.
14. Fiates GMR., Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Rev Nutr Campinas.2001;14(Supl.):3-6.
15. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa, MLSC, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2006;55:108-13.
16. CMAJ. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. CMAJ. 2007;176(8 Suppl):S1-13.
17. Stipp LM, Oliveira MRM. Imagem corporal e atitudes alimentares: diferenças entre estudantes de nutrição e de psicologia. Saúde em Rev. (Piracicaba). 2003;5(9):47-51.
18. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Rev Psiq Clín. 2002;29:172-80.
19. Chiodini JS, Oliveira MRM. Comportamento alimentar de adolescentes: aplicação do EAT-26 em uma escola pública. Saúde em Rev (Piracicaba). 2003;5(9):53-8.

Endereço para correspondência:
LISANGELA RITA PENZ
Centro Universitário UNIVATES
Rua Avelino Tallini, 171 – Bairro Universitário
Lajeado, RS, Brasil
Telefone: (51) 3714-7027
E-mail: lpenz@bwnet.com.br