

# CONSUMO DE ANOREXÍGENOS POR UNIVERSITÁRIOS COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

## *Anorectic consumption in university students with eating disorders symptoms*

Vanigleudson Silva do Nascimento<sup>1</sup>, Gabriela Avelino da Silva, Joanna Darc de Souza Cintra,  
Rosana Christine Cavalcante Ximenes<sup>1</sup>  
1. gleisson123\_@hotmail.com

### Resumo

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo sobre o consumo de anorexígenos por universitários e sua relação com o risco para transtornos alimentares. A amostra do estudo foi composta por 276 universitários da UFPE-CAV de ambos os sexos, da faixa etária de 18 à 28 anos, que assinaram o TCLE. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foi o Teste de Atitudes Alimentares (Eating Attitudes Test/EAT-26), o Teste de investigação Bulímica de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test of Edimburgh – BITE) e um questionário sobre automedicação. De acordo com a escala EAT-26, 21 alunos (7,6%) apresentaram risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, com predominância significativa do sexo feminino. Segundo a escala BITE, 11 estudantes (3,98%) apresentaram um escore compatível com bulimia nervosa. Encontramos ainda, através da escala BITE-gravidade, 4 alunas (1,44%) com alto grau de gravidade e 17 alunos (6,15%) com padrão alimentar não usual para bulimia nervosa. E, na amostra, 7,24% (n=20) dos participantes relataram o uso moderadores de apetite, sendo 65% (n=13) mulheres e 35% (n=7) homens. O uso de inibidores do apetite acontece entre universitários, especialmente entre os matriculados em Enfermagem e Educação Física e podem representar um risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares nesse público.

Palavras-chave: Inibidores do apetite. Estudantes de Ciências da Saúde. Transtornos alimentares.

### Abstract

*The aim of this study was to conduct a study on the use of appetite suppressants by university and its relationship with risk for eating disorders. The study sample consisted of 276 university UFPE-CAV of both sexes, aged from 18 to 28, who signed the consent form. The instruments used for data collection was the Eating Attitudes Test (Eating Attitudes Test / EAT-26), the Bulimic Investigatory Test Edinburgh (Bulimic Investigatory Test of Edimburgh - BITE) and the questionnaire on self-medication. According to the EAT-26 scale, 21 students (7.6%) presented a risk for developing eating disorders, with a significant female predominance. According to BITE, 11 students (3.98%) had a score compatible with bulimia nervosa. We also found through the BITE-severity scale, 4 students (1.44%) with a high degree of gravity and 17 students (6.15%) with unusual eating pattern for bulimia nervosa. And in the sample, 7.24% (n = 20) of participants reported using moderators of appetite, and 65% (n = 13) women and 35% (n = 7) men. The use of appetite suppressants happens between university, especially among those enrolled in Nursing and Physical Education and may pose a risk for the development of eating disorders in this public.*

*Keywords: Appetite suppressants. Students Health Occupations. Eating disorders.*

### Introdução

O padrão estético imposto pela sociedade atual é totalmente diferente do sugerido pelo século XX. Existe uma supervalorização de um corpo magro, definido e musculoso como sinônimo de saúde, beleza e bem-estar físico e não como sinal de pobreza, desnutrição ou até mesmo doença como no século passado. Este fato cria uma situação de frustração, baixo autoestima e discriminação entre as pessoas que fogem desta regra, podendo ser esta uma condição significativa para o surgimento de transtornos alimentares (TA) (SILVA, et al., 2012).

Atualmente algumas pesquisas apontam para uma maior incidência de fatores de risco para TA em jovens universitários, principalmente em acadêmicos de cursos da área da saúde, alguns onde a aparência física é de grande importância, entre eles nutrição, educação física, enfermagem e medicina (PIRES et al., 2010; SILVA, et al., 2012; LIAO et al., 2013).

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

Os TA são distúrbios psiquiátricos de origem multifatorial, evidenciados por consumo, padrões e atitudes alimentares extremamente perturbadas e excessiva preocupação com o peso e a forma corporal (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011).

Segundo Oliveira e Hutz (2010) os transtornos alimentares acometem predominantemente a população jovem. A prevalência de 12 meses de anorexia nervosa entre os jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4%. Pouco é conhecido sobre a prevalência entre os homens, mas a anorexia nervosa é muito menos comum em homens que em mulheres, com populações clínicas geralmente refletindo aproximadamente razão de 10:1 do sexo feminino para masculino. Já a prevalência de doze meses de bulimia nervosa entre os jovens do sexo feminino é de 1% e 1,5%. Pouco é conhecido sobre a prevalência de bulimia nervosa nos homens, mas ela é muito menos comum em homens do que em mulheres, com a razão aproximada de 10:1 do sexo feminino para masculino (APA, 2013).

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

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

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

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

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

Zubaran e Lazzaretti (2013) relatam que pesquisas conduzidas entre 1996 e 2001 com estudantes da Universidade de São Paulo (USP) demonstraram um aumento significativo do uso de derivados anfetamínicos (de 4,8 a 9,0%) durante a vida acadêmica dos estudantes.

Estudantes de cursos de saúde que possuem sintomas positivos para transtornos alimentares podem apresentar um maior risco para o consumo de anorexígenos, demonstrando uma associação entre a sintomatologia e o comportamento alimentar de risco.

Diante do considerável aumento do número de consumidores de medicamentos anorexígenos e os males que o uso irracional destes pode causar, objetivou-se realizar um estudo sobre o consumo desses fármacos por universitários da área de saúde e sua possível relação com os transtornos alimentares, afim de alertar para os riscos que os universitários têm ao fazer uso dessa terapêutica.

## Fundamentação Teórica

Transtornos alimentares (TA) são caracterizados por alterações graves no comportamento alimentar e marcante insatisfação com a imagem corporal tendo como principais patologias a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) (FABBRI et al., 2015).

Nos últimos anos acreditava-se que o perfil das pessoas com transtornos alimentares era: adolescentes do sexo feminino, etnia branca e de alto nível sócio econômico e cultural. No entanto, foi observado que esse grupo é cada vez mais divergente, com um aumento dos casos diagnósticos de adolescentes do sexo masculino, etnia negra e de baixo nível sócio econômico e cultural (BORGES et al., 2006).

A etiologia de um TA é complexa e, embora amplamente estudado, é ainda mal compreendido. Acredita-se que a doença é multifatorial com uma complexa interação de vários fatores: biológicos, psicológicos, sociocultural e relacionadas com a família, que são responsáveis pelo início e manutenção do TA (FABBRI et al., 2015).

Os indivíduos que desenvolvem TA possuem uma preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, bem como o medo persistente de engordar (KACHANI; CORDÁS, 2011), relatando atitudes obsessivas em relação aos alimentos e calorias, raiva em sentir fome, como também procura pertinente por alimentos para compensar problemas psicossociais, entre outros (SOUZA et al., 2014). Alimentos como gorduras saturadas e carboidratos simples tornam-se inapropriados e restritos evidenciando a perda de peso drasticamente, prejudicando a saúde do indivíduo e levando a importantes perdas de vitaminas e nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento (SANT'ANNA, 2014).

Na sociedade atual têm-se um padrão de beleza caracterizado por um corpo magro, esbelto e atlético. No entanto, esse padrão de beleza desconsidera a saúde e as diferentes formas físicas da população em geral (SCHERER et al., 2010). Esta realidade cria uma situação de frustração, baixo autoestima e distinção entre as pessoas que fogem à regra (SILVA, et al., 2012), fazendo com que esses indivíduos se submetam a dietas restritivas para perda de peso, uso abusivo de laxantes, diuréticos e anorexígenos sem prescrição médica, podendo serem estas condições significativas para o surgimento de TA (SANT'ANNA, 2014). Esses transtornos são divididos em duas categorias principais: anorexia nervosa e bulimia nervosa (PIRES et al., 2010).

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

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar (ED) que se caracteriza por uma perda de peso intensa e intencional (ULIAN et al., 2013). Ela pode afetar indivíduos de todas as idades, sexos, raças, orientação sexual e origens étnicas; contudo meninas adolescentes e mulheres adultas jovens estão particularmente em maior risco (ZIPFEL et al., 2015).

Existem dois tipos de AN, o restritivo e o bulímico. No restritivo destacam-se atitudes voltadas ao controle da ingestão alimentar, como refeições restritivas (ex: hipocalóricas, hipolipídicas e hipoprotéicas), restrição do número de refeições por dia, ou jejuns podendo ser de horas ou longos períodos. No tipo bulímico, predomina atitudes purgativas como vômitos, diarreia devido

ao uso de laxantes, exercícios físicos desgastantes voltados para o emagrecimento, além de atitudes restritivas que podem estar presentes no comportamento (SANT'ANNA, 2014).

Várias complicações médicas estão associadas à AN. Essas complicações afetam quase todos os principais órgãos do corpo e muitas vezes também incluem distúrbios fisiológicos, tais como hipotensão, bradicardia e hipotermia. As complicações médicas representam mais da metade de todas as mortes em indivíduos com anorexia nervosa. Taxas de mortalidade padronizadas mostram que o taxa de morte na anorexia nervosa é 10 a 12 vezes maior do que a taxa na população geral (MEHLER; BROWN, 2015).

Em meninas e mulheres a amenorreia (por pelo menos três ciclos) foi incluída no diagnóstico, no critério IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), mas os critérios de peso em DSM-5 tornaram-se menos rigorosos, e a amenorreia não é mais definida como um critério. Em resposta à restrição energética grave, alterações ocorrem em muitos eixos-neuro endócrinos dos quais são adaptáveis para estimular a ingestão de alimentos, ajudar a manter glicemia, e desviar energia disponível para as funções essenciais do corpo (MISRA; KLIBANSKI, 2014).

Quanto ao tratamento nutricional que está dividido em duas etapas, educacional e experimental, deve-se conduzir uma detalhada anamnese acerca dos hábitos alimentares do paciente e histórico da doença, tendo como principal participação à equipe multidisciplinar (LATTERZA et al., 2004).

A Bulimia Nervosa (BN) foi reconhecida desde sua descrição por Gerald Russell em 1979 e é caracterizada, em sua forma típica, pela ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimento, com pouco ou nenhum prazer, alternada com comportamento dirigido para evitar o ganho de peso (como vomitar, abusar de laxantes e diuréticos ou períodos de restrição alimentar severa) e medo mórbido de engordar (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2013), os seguintes fatores devem estar presentes para o diagnóstico da BN, como: a) episódios recorrentes de compulsão alimentar; b) comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto-induzido; abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou excesso de exercício físico; c) a compulsão e o comportamento compensatório inapropriado devem ocorrer, no mínimo, pelo menos uma vez por semana, por 3 meses e d) auto avaliação indevidamente influenciada pelo peso e forma corporal.

Treasure, Claudino e Zucker (2010) afirmam que a bulimia nervosa compreende uma repetida compulsão alimentar, seguida por comportamentos para combatê-la. Ela se caracteriza ainda pela auto-avaliação influenciada pela forma e peso corporal. Sendo assim, o indivíduo apresenta medo de ficar acima do peso, reconhece que segue padrão alimentar anormal, mas não se sente capaz de controlar seu próprio comportamento alimentar e, dessa maneira, o transtorno pode se estender por muitos anos (PIRES et al., 2010).

A BN é caracterizada por dois subtipos: o purgativo, onde na compulsão alimentar existe o uso do vômito provocado, ou uso de laxantes e diuréticos. O não purgativo denominado pelo uso de jejuns ou exercícios físicos exagerados (SANT'ANNA, 2014).

O tratamento nutricional para BN, assim como para Anorexia Nervosa (AN), é um trabalho diferenciado das abordagens nutricionais para outras doenças. Do mesmo modo que, em outros tratamentos, o bom estado nutricional é objetivo básico a ser alcançado, outros aspectos devem também ser considerados numa visão mais ampla sobre a mudança de atitudes dos pacientes para com os alimentos e a nutrição (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

Portanto, quando se observa a complexidade multifatorial relacionada ao aparecimento destes transtornos, constantemente se verifica que o indivíduo possui uma ideia negativa da sua imagem corporal, temor ao ganho de peso e fácil aceitação a diferentes métodos inadequados para o controle de peso. Dentre os mais diversificados métodos procurados para adequação aos padrões estéticos atuais, estão os medicamentos anorexígenos (SILVA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2012).

Esses medicamentos são utilizados com o objetivo de perda de peso por pacientes com índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup> e em pacientes com o IMC igual ou superior a 25 kg/m<sup>2</sup> que possuam outros fatores de risco, como hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2, hiperlipidemia, apneia do sono, gota, ou que possuam circunferência abdominal maior ou igual a 102 cm em homens e 88cm em mulheres (MOREIRA; ALVES, 2015).

Os medicamentos anorexígenos são muito prescritos pela classe médica atualmente. Porém, o uso continuado e em doses excessivas pode levar à degeneração das células cerebrais, podendo ocorrer lesões irreversíveis (BEJOLA; OLIVEIRA; VIRTUOSO, 2009).

Uma pesquisa com estudantes da área da saúde no Nordeste do Brasil revelou que as anfetaminas estavam entre as substâncias ilícitas mais utilizadas, sendo seu uso mais comum entre os estudantes das classes sociais elevadas. O uso de moderadores de apetite no Brasil é mais prevalente entre as mulheres, que geralmente está correlacionada com cultura da magreza como símbolo de beleza (ZUBARAN; LAZZARETTI, 2013).

O uso prevalente de medicamentos anorexígenos pela sociedade atual é bem discutido na literatura. Todavia, existem poucos estudos sobre o uso de moderadores de apetite em universitários com sintomas de TA. A grande difusão do uso de inibidores do apetite no Brasil tem aumentado, afetando principalmente indivíduos jovens de todas as classes sociais. Tal questão sugere que a magnitude do abuso de moderadores de apetite é ainda mais significativa.

## Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com 276 universitários (170 mulheres e 106 homens), dos cursos de Bacharelado em Nutrição, Bacharelado e Licenciatura em Educação Física e Licenciatura em Ciências Biológicas do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (CAV/UFPE).

O cálculo da amostra foi baseado nas recomendações de Thomas et al. (2007), considerando um grau de confiança igual a 95%, erro máximo de estimativa de 5% e prevalência do fenômeno desconhecida, inferido, portanto, em um valor de 50%. O valor obtido, já corrigido para amostras finitas, foi de 293 indivíduos. Foram acrescidos 20%, para efeito de perda de amostra, obtendo-se um valor final igual a 350 indivíduos.

Todos os universitários acima de 18 a 28 anos regularmente matriculados nos cursos foram convidados a participar do estudo. Foram excluídos estudantes que já tinham participado de pesquisas distintas referentes ao tema principal (transtornos alimentares) e as estudantes gestantes e nutrízes.

Os estudantes preencheram um questionário com dados biodemográficos com a finalidade de descrever o perfil socioeconômico da amostra pesquisada e, conseqüentemente, avaliando o acesso destes indivíduos aos alimentos. A classificação sociodemográfica foi baseada nos critérios de classificação econômica do Brasil (ABEP, 2015). Os participantes responderam também aos questionários de Teste de Atitudes Alimentares (Eating Attitudes Test/ EAT-26) desenvolvido por Garner et al (1982), que apresenta-se em duas versões: uma com 40 itens, e outra menor, com 26 itens, esta última traduzida e validada para o português - Teste de Atitudes Alimentares, por Nunes e colaboradores em 1994. É utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia nervosa (AN) ou bulimia nervosa (BN). O teste indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia subjacente. O escore  $\geq 21$  é sugestivo de padrão alimentar anormal (FREITAS et al., 2002).

O Bulimic Investigatory Test of Edimburgh – BITE, desenvolvido por Henderson e Freeman (1987) e traduzido para o português como Teste de Investigação Bulímica de Edimburgh (Cordás; Hochgraf, 1993). É utilizado para identificar indivíduos com compulsão alimentar e avaliar os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à bulimia. Pode ser usado 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 ( $\geq 20$ ) indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica, e escores abaixo de 10 estão dentro dos limites de normalidade. Na escala de gravidade uma pontuação  $\geq 5$  é considerado clinicamente significativo, e  $\geq 10$  indica elevado grau de gravidade. O instrumento apresenta adequadas propriedades psicométricas no estudo original e está validado em população brasileira (NUNES, 2003).

E o questionário sobre automedicação, para investigar o hábito de consumo de medicamentos, que incluiu 9 itens no formato múltipla escolha com as seguintes perguntas: 1-

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

Para o teste EAT-26, os participantes que obtiveram pontuação maior ou igual a 21 pontos foram considerados de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares e os com escore de 0 a 20 pontos, foram considerados isentos de risco. Foi atribuído valor positivo (EAT+) para  $EAT \geq 21$  e valor negativo (EAT-) para  $EAT < 21$ . Para ao BITE, o resultado foi obtido pela escala de sintomas e pela escala de gravidade do comportamento compulsivo pela frequência. A classificação segundo o BITE é a seguinte: Escala de sintomas 1) Escore maior ou igual a 20: presença de comportamento alimentar compulsivo com grande possibilidade de preencher critérios diagnósticos para bulimia pelo DSM-5 (APA, 2013); 2) Escore entre 10 e 19: sugestivo de padrão alimentar não usual. Em geral, não estão presentes todos os critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista clínica. Escores de 15 a 19 devem ser obrigatoriamente seguidos de entrevista. Podem representar um grupo subclínico de indivíduos com alimentação compulsiva, bulímicos em estágio inicial ou bulímicos em recuperação; 3) Escore abaixo de 10: normalidade. Escala de gravidade 1. Escore maior ou igual a 10: indica alto grau de gravidade. 2. Escore maior que 5: indica estado clínico comprometido. Quanto ao questionário de automedicação, foram considerados como “consumidor” ou “ex consumidor” de anorexígenos todos os estudantes que marcaram a resposta “Sim” no item 1 e “Não consumidor” todos os que marcaram “Não” no item 1.

Os questionários não foram identificados, sendo codificados pela equipe de pesquisa. Sua aplicação foi feita em sala de aula, na ausência do docente, contando com a presença de dois aplicadores treinados durante os intervalos entre as aulas da grade de horário dos estudantes.

A construção do banco de dados foi feita no Microsoft Office Excel. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (nº do parecer 1.480.108).

## Resultados

Participaram da pesquisa 276 alunos de ambos os sexos matriculados nos cursos de saúde do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (UFPE/CAV). A média de idade encontrada foi de 21 anos, variando de 18 a 28 anos, onde 61,59% (n=170) eram do sexo feminino e 38,40% (n=106) eram do sexo masculino.

A distribuição de alunos por curso não foi uniforme, tendo o seguinte percentual: Educação Física 47,1% (n=130), Enfermagem 22,8% (n=63), Nutrição 15,7% (n=43), Ciências Biológicas 14,1% (n=39) e 0,36% (n=1) dos pesquisados não informou o curso no questionário impresso.

O perfil socioeconômico da amostra foi descrito por um questionário de dados biodemográficos que classificou os universitários em 5 classes segundo dados da ABEP, nomeadas por ordem alfabética, dentre elas foi identificado que apenas 2,54% (n=7) dos estudantes eram da classe A e B, 22,46% (n=62) da classe C, 31,16% (n=86) da classe D e 43,84% (n=121) da classe E.

O risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares segundo o EAT-26 foi observado em 7,6% (n=21) dos universitários, sendo 5,7% (n=16) mulheres e 1,8% (n=5) homens, 92,3%

(n=255) de ambos os sexos não apresentaram risco para TA. A classificação de risco por cursos está apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1.** Proporção de estudantes com escores EAT superior ou igual a 21 do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

Curso	Sexo	Total de alunos	EAT $\geq$ 21
Nutrição	Feminino	38	4 (10,52%)
	Masculino	5	0 (0%)
Enfermagem	Feminino	52	5 (9,61%)
	Masculino	11	3 (27,2%)
Educação física	Feminino	52	3 (5,76%)
	Masculino	78	2 (2,56%)
Ciências biológicas	Feminino	27	4 (14,8%)
	Masculino	12	0 (0%)
Não informado	Feminino	1	0 (0%)
<b>Total</b>		276 (100%)	21 (7,6%)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

A presença de comportamento alimentar compulsivo para bulimia nervosa segundo a escala de sintomas para o BITE (escore  $\geq$  20) foi observada em 3,98% (n=11) dos estudantes, sendo 3,26% (n=9) mulheres e 0,72% (n=2) homens. Já o padrão alimentar não usual para bulimia nervosa segundo a escala de sintomas do BITE (escore entre 10 e 19) foi percebido em 24,63% (n=68) dos estudantes, sendo 16,30% (n=45) mulheres e 8,33% (n=23) homens, 71,37% (n=197) em ambos os sexos apresentaram escore abaixo de 10 indicando um padrão alimentar de normalidade. A classificação de sintomatologia por cursos está apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2.** Proporção de estudantes com escores BITE sintomas superior ou igual a 20 e BITE entre 10 e 19 do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

Curso	Sexo	Total de alunos	BITE S $\geq$ 20	BITE S entre 10 e 19
Nutrição	Feminino	38	3 (7,89%)	6 (15,78%)
	Masculino	5	0 (0%)	2 (40%)
Enfermagem	Feminino	52	1 (1,92%)	18 (34,61%)
	Masculino	11	1 (9,09%)	5 (45,45%)
Educação física	Feminino	52	3 (5,76%)	6 (11,53%)
	Masculino	78	1 (1,28%)	14 (17,94%)
Ciências biológicas	Feminino	27	2 (7,40%)	15 (55,5%)
	Masculino	12	0 (0%)	2 (16,66%)
Não informado	Feminino	1	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>		276 (100%)	11 (3,98%)	68 (24,63%)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Segundo a escala de gravidade para o BITE (escore  $\geq$  10) foi verificado que 1,44% (n=4) das alunas apresentaram alto grau de gravidade para bulimia nervosa, 6,15% (n=17) apresentaram grau de gravidade significativa (escore  $>$  5), sendo 76,47% (n=13) mulheres e 23,52% (n=4) homens e 92,39% (n=255) de ambos os sexos não apresentaram gravidade significativa. A classificação de gravidade por cursos está apresentada na Tabela 3.

**Tabela 3.** Proporção de estudantes com escores BITE gravidade superior ou igual a 10 e BITE superior a 5 do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

Curso	Sexo	Total de alunos	BITE G $\geq$ 10	BITE G $>$ 5
Nutrição	Feminino	38	1 (2,63%)	6 (15,78%)
	Masculino	5	0 (0%)	0 (%)
Enfermagem	Feminino	52	1 (1,92%)	3 (5,76%)
	Masculino	11	0 (0%)	4 (36,36%)
Educação física	Feminino	52	1 (1,92%)	2 (3,84%)
	Masculino	78	0 (0%)	0 (%)
Ciências biológicas	Feminino	27	1 (3,70%)	2 (7,40%)
	Masculino	12	0 (0%)	0 (%)
Não informado	Feminino	1	0 (0%)	0 (%)
<b>Total</b>		276 (100%)	4 (1,44%)	17 (6,15%)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Neste estudo, o uso de inibidores do apetite foi referido entre os estudantes matriculados nos cursos de graduação em ciências da saúde. Na amostra, 7,24% (n=20) dos participantes relataram o uso moderadores de apetite, sendo 65% (n=13) mulheres e 35% (n=7) homens. O uso de chá verde (fitoterápico anorexígeno) foi de 25% (n=5), espirulina 10% (n=2), enquanto que 35% (n=7) dos estudantes utilizaram “outras” substâncias com o objetivo de reduzir peso, incluindo metformina 28,57% (n=2) e “Herbalife” (suplemento alimentar) 71,42% (n=5). Seis participantes (30%) relataram o uso de mais de um tipo de substância, dentre elas fluoxetina e orlistat.

A tabela 4 mostra o uso de moderadores de apetite por cursos: Enfermagem (40%; n=8), Educação física (35%; n=7), Ciências biológicas (15%; n=3), Nutrição (10%; n=2).

**Tabela 4.** Proporção do uso de moderadores de apetite entre estudantes de graduação do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão.

Curso	Sexo	Total de alunos	Uso de moderadores do apetite
Enfermagem	Feminino	52	6 (11,53%)
	Masculino	11	2 (18,18%)
Educação física	Feminino	52	2 (3,84%)
	Masculino	78	5 (6,41%)
Ciências biológicas	Feminino	27	3 (11,11%)
	Masculino	12	0 (0%)
Nutrição	Feminino	38	2 (5,26%)
	Masculino	5	0 (0%)
Não informado	Feminino	1	0 (0%)
<b>Total</b>		276 (100%)	20 (7,24%)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Em relação à prescrição médica, 65% (n=13) dos estudantes que referiram o uso de inibidores do apetite não procuraram algum tipo de aconselhamento médico, 15% (n=3) consumiram anorexígenos por 1 semana, 10% (n=2) por 2 ou 3 semanas, 20% (n=4) por 1 mês, 25% (n=5) por 3 meses, 15% (n=3) por 6 meses, 10% (n=2) por 9 meses ou mais e 5% (n=1) ainda utiliza. Em termos de motivação 70% (n=14) utilizaram por estética, 20% (n=4) por problemas de saúde e 10% (n=2) por curiosidade. No que se refere aos motivos para o uso dessa terapêutica 90% (n=18) dos alunos informaram emagrecimento, 5% (n=1) recuperação da enfermidade e 5% (n=1) “outros”. Além disso, 55% (n=11) daqueles que relataram o uso de inibidores do apetite atingiram os seus objetivos esperados, 60% (n=12) informaram que os conhecimentos adquiridos no curso influenciaram na tomada de decisão para o uso de remédios para emagrecer e 85% (n=17) citaram não ter acesso a remédios para emagrecer no seu local de estágio, trabalho ou estudos.

No estudo, 40% (n=8) dos estudantes de ambos os sexos que utilizaram inibidores do apetite apresentaram EAT +; 30% (n=6) BITE S  $\geq$  20; 55% (n=11) BITE S entre 10 e 19; 10% (n=2) BITE G  $\geq$  10 e 50% (n=10) BITE G > 5. A tabela 5 traz a relação entre os indivíduos que consumiram anorexígenos com as escalas EAT-26 e BITE S e G.

**Tabela 5.** Proporção entre a relação do uso de moderadores do apetite com as escalas EAT-26 e BITE.

Sexo	Uso de moderadores do apetite	EAT +	BITE S $\geq$ 20	BITE S entre 10 e 19	BITE G $\geq$ 10	BITE G > 5
<b>Feminino</b>	13 (65%)	5 (38,46%)	4 (30,76%)	9 (69,23%)	2 (15,38%)	7 (53,84%)
<b>Masculino</b>	7 (35%)	3 (42,85%)	2 (28,57%)	2 (28,57%)	0 (0%)	3 (42,85%)
<b>TOTAL</b>	20 (100%)	8 (40%)	6 (30%)	11 (55%)	2 (10%)	10 (50%)

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

## Considerações finais

O aumento no consumo de anorexígenos pela população jovem está bem estabelecido na literatura atual, de forma que se acredita na sua forte relação com a obesidade e os transtornos alimentares.

Neste sentido, após a análise dos dados coletados, percebeu-se que a maioria dos estudantes era do sexo feminino (61,59%) e que 75% eram de um nível socioeconômico baixo, o que corresponde às classes D e E segundo a ABEP.

Em relação ao risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) segundo o EAT-26 e o BITE, notou-se que a sintomatologia positiva está ligada ao consumo de moderadores do apetite por estudantes da área da saúde, pois 7,24% dos pesquisados pontuaram positivamente em ambos os instrumentos (EAT-26, BITE e questionário de automedicação), como também ao sexo tendo uma considerável maioria no feminino, de forma que dos 7,24% dos classificados como consumidores de anorexígenos, 65% eram do sexo referido.

Mediante todas essas análises, gera-se a hipótese da existência de fatores que predis põem o universitário a desenvolver transtornos alimentares associados ao consumo de medicamentos inibidores do apetite com a ideia de perda de peso e adequação aos padrões de beleza impostos pela sociedade. Futuras análises estatísticas inferenciais poderão por a prova essa ideia. Porém, fica a indagação quanto à saúde desses futuros profissionais da área da saúde (quando falamos da Enfermagem, Nutrição e Educação Física), como também dos futuros docentes da área da Biologia. Todos esses profissionais irão lidar diretamente em suas carreiras com vidas humanas, e para isso, é necessário que haja programas dentro da universidade que visem minimizar ou até mesmo tentar erradicar os fatores predisponentes para tais problemas psicossociais.

## Referências

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CEEB) – Em Vigor a partir de 01/01/2013.** Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>>. Acesso em: 02 de Junho de 2016.

APA. American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5.** 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.38, n.1, p. 3-7, 2011.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; Tratamento nutricional da bulimia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 907-918, set./out., 2010.

BEJOLA, A.; DE OLIVEIRA, M. M. S.; VIRTUOSO, S. Avaliação de anorexígenos e suas associações prescritas em uma farmácia de manipulação do município de Toledo-PR. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 10, n. 2, dez. 2009.

BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares: quadro clínico. Simpósio: Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas, Capítulo IV, **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, jul./ set. 2006.

CARVALHO, P. H. B.; FILGUEIRAS, J. F.; NEVES, C. M.; COELHO, F. D.; FERREIRA, M.E.C. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 2, p.108-114, 2013.

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

FREITAS, S. et al. Avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24 (Supl III), p. 8-34, 2002.

FABBRI, A. D.; DERAM, S.; KERR, D. S.; CORDÁS, T. A. Ghrelin and eating disorders. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 52-62, 2015.

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

LIAO, Y.; LIU, T.; CHENG, Y.; WANG, J.; DENG, Y.; HAO, W.; CHEN, X.; XU, Y.; WANG, X.; TANG, J. Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in Chinese medical university students. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 59, n. 6, p.578-585, 2013.

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

MOREIRA, F.; ALVES, A. A. Utilização de anfetaminas como anorexígenos relacionadas à obesidade. **Revista Científica da FHO**, Uniararas, v. 3, n. 1, p. 84-91, 2015.

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

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

MISRA, M.; KLIBANSKI, A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. **Lancet Diabetes Endocrinol**, v. 2, n. 4, abril. 2014.

NUNES, M. A. **Avaliação do impacto de comportamentos alimentares anormais em uma coorte de mulheres**. 2003. Tese (Psiquiatria e Psicologia Médica) - Universidade Federal de São Paulo, 2003.

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

PIRES, R.; PINTO, J.; SANTOS, G.; SANTOS, S.; ZRAIK, H.; TORRES, L.; RAMOS, M. Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Revista Medicina**, São Paulo, v. 89, n. 2, p.115-123, Abr./Jun. 2010.

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

SILVA, T. A. B.; XIMENES, R. C. C.; HOLANDA, M. A.; MELO, M. G.; SOUGEY, E. B.; COUTO, G. B. L. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p.154-158, 2012.

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

SILVA, J. D.; SILVA, A. B. J.; OLIVEIRA, A. V. K.; NEMER, A. S. A. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3399-3406, 2012.

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

SOUZA, A. C. S.; PISCIOLARO, F.; POLACOW, V. O.; CORDÁS, T. A.; ALVARENGA, M. S. Atitudes em relação ao corpo e à alimentação de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 1-7, 2014.

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

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

THOMAS, J. R, NELSON, J. K, SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. São Paulo: Artmed; 2007.

TOLEDO, O. R.; CASTRO, J. A. M.; FRANÇA, A. C. H.; FRANÇA, E. L.; FERRARI, C. K. B. Uso de medicamentos para perda de peso e índice de massa corporal em universitários do Vale do Araguaia (MT/GO), Amazônia Legal. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 6, p. 480-485, Nov./ Dez. 2010.

ULIAN, M. D. et al. Current and previous eating practices among women recovered from anorexia nervosa: a qualitative approach. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 4, p. 275-284, 2013.

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

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

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