

Fatores associados aos comportamentos de risco para Transtornos Alimentares em estudantes do sexo feminino do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unidade Pedra Branca.

Associated Factors with risk behaviours for Eating Disorders in Female Medical Students at the University of South Santa Catarina - Pedra Branca

Transtornos Alimentares em Estudantes de Medicina

Eating Disorders in Medical Students

Marina Maia¹, Günther Sgandella Klüsener², Elayne Pereira¹, Giovanna Grunewald Vieta¹, Márcia Regina Kretzer¹

¹Curso de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, Santa Catarina, Brasil.

²Departamento de Engenharia de Automação e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - Florianópolis - Brasil

Endereço para correspondência: Marina Maia
Rua Deputado Carlos Buchele, 113, Santa Mônica - 88035230 - Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
Telefone: (48) 99800-9051
Email: mah_maia_@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Os Transtornos Alimentares, bulimia e anorexia nervosa, são distúrbios no comportamento alimentar que comprometem a saúde e funcionamento psicossocial dos indivíduos, principalmente adultos jovens. **Objetivo:** Analisar os fatores associados aos comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudantes de Medicina do sexo feminino da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Pedra Branca. **Método:** Estudo transversal com 175 alunas acima de 18 anos do curso de Medicina. Dados coletados de agosto à outubro de 2017 através de instrumentos validados e autoaplicáveis *Eating Attitudes test-26* e *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*, por meio da plataforma *Google Forms*. Análise no SPSS 18.0, teste Qui-quadrado e $p < 0,05$. Aprovado pelo CEP-UNISUL. **Resultados:** Idade média de 23,1; 21,3% com IMC acima de 25kg/m²; 70,9% realizavam atividade física regular e destes, 66,1% acima de 150 minutos/semana. Apresentam transtornos psiquiátricos (19,3%), Problemas familiares (33,7%), Insatisfação corporal (36,5%). Comportamento de risco para sintomas bulímicos em 60%, destes, 97,1% com gravidade moderada/alta. Comportamento anoréxico de 36%. Sintomas bulímicos e anoréxicos associados ($p < 0,05$) com IMC acima de 25kg/m² e associação estatística entre problemas familiares e atividade física acima de 150 minutos/semana com sintomas bulímicos. **Conclusão:** Mais da metade das alunas apresentaram comportamento de risco para bulimia, sendo a maioria de gravidade moderada dos sintomas. IMC elevado está associado ao comportamento de risco para anorexia e bulimia. Sintomas bulímicos estão associados à atividade física acima de 150 minutos/semana e à presença de problemas familiares.

Descritores: Transtornos Alimentares. Anorexia. Bulimia. Estudantes Universitários

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders, bulimia and anorexia nervosa, are disorders of the alimentary behaviour that compromise the health and psychosocial functioning, especially young adults.

Objective: To analyze the associated factors with risk behaviours for eating disorders in female students at University of South Santa Catarina (UNISUL) - Pedra Branca. **Method:** A Cross-sectional study with 175 medical students, over 18 years. Data collected from August to October 2017 by validated and self-administered instruments Eating Attitudes test-26 and the Bulimic Investigatory test of Edinburgh using the Google Forms platform. Statistical analysis in SPSS 18.0, Chi-square test and $p < 0.05$. Approved by the Research Ethics Committee of UNISUL. **Results:** Mean age of 23.13; 21.27% with BMI above 25 kg/m²; 70.9% performed regular physical activity, which of these, 66.1% performed over 150 minutes/week. Psychiatric disorders (19,3%), Family issues (33.7%), Body dissatisfaction (36,5%). Risk behaviour for bulimic symptoms in 60%, of these, 97.1% with moderate/high severity. Behaviour for anorexia in 36%. Association between BMI above 25 kg/m² and bulimic and anorexic symptoms ($p < 0.05$) and statistical association between family problems and physical activity over 150 minutes/week with bulimic symptoms. **Conclusion:** More than half of the students presented risk behaviour for bulimia, which the most part presented moderate severity of the symptoms. High BMI is associated with risk behaviour for anorexia and bulimia. Bulimic symptoms are associated with physical activity over 150 minutes per week and the presence of family problems.

Keywords: Eating Disorders. Anorexia. Bulimia. University Students

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Alimentares (TA) consistem em um distúrbio persistente na alimentação ou no comportamento alimentar que leva a alteração no consumo ou na absorção dos alimentos, comprometendo, dessa forma, a saúde física ou o funcionamento psicossocial de um indivíduo¹. A Bulimia Nervosa (BN) e a Anorexia Nervosa (AN) destacam-se entre os principais distúrbios alimentares^{2,3}.

A BN é caracterizada por episódios recorrentes do consumo de uma quantidade de alimentos seguida de uma sensação de perda do controle, a qual leva a comportamentos compensatórios inadequados para impedir o ganho de peso⁴, como por exemplo, vômitos auto-induzidos, uso de laxantes e diuréticos, exercícios em demasia, jejum e dietas restritivas⁵. Por sua vez, a AN se define pelo padrão de baixa ingestão de calorias em relação às necessidades corporais, em virtude da percepção alterada que o indivíduo tem da sua imagem física, podendo chegar ao ponto de inanição^{1,6}. Vale ressaltar, que a bulimia é um diagnóstico diferencial da AN, na qual as pacientes conseguem manter o peso dentro da faixa da normalidade, em aproximadamente setenta por cento dos casos⁷.

As altas taxas de prevalência no mundo corroboram a importância em se conhecer a epidemiologia dos TA. De acordo com a *American Psychiatric Association*¹, a prevalência da anorexia nervosa é de 0,4% e a da bulimia nervosa entre 1 a 1,5%, ambas na população feminina jovem, a principal afetada^{1,8-10}.

Em relação à avaliação de comportamentos de risco para TA, Lipson *et al.*¹¹ estimaram uma prevalência de 49% de compulsões alimentares e de 31% de comportamentos compensatórios em 12 universidades dos Estados Unidos. Um estudo nos Emirados Árabes¹² encontrou que 24,6% das estudantes universitárias apresentaram risco para transtornos alimentares, enquanto que na Turquia¹³ e Espanha¹⁴, estes valores foram 22,8% e 17,6%, respectivamente.

Estudos realizados no Brasil em diferentes cursos da área da saúde identificaram comportamento de risco para TA que variam de 21,27 a 30%¹⁵⁻¹⁷ e valores entre 18,7% a 28% para os demais cursos da saúde como Enfermagem e Medicina^{16,17}.

No curso de Medicina, Souza et al.¹⁸ encontraram uma proporção de 5,5% para comportamento de risco em anorexia em alunas da Universidade Federal do Ceará, em São Paulo as prevalências foram de 2,60% para bulimia e 28,30% para anorexia¹⁹ e em Santa Catarina²⁰, de 10% para anorexia.

Dentre os inúmeros fatores de risco associados para BN e AN, o gênero feminino é um dos mais importantes²¹, principalmente dentre as mais jovens. Outro fator a ser considerado é a faixa etária²², principalmente entre 18-21 anos de idade, comumente de estudantes universitários, os quais constituem um grupo de risco, sobretudo aqueles que estão em carreiras relacionadas à saúde²³⁻²⁵. O peso corporal é outro fator associado aos comportamentos de risco para TA, uma vez que na cultura ocidental o ideal da beleza feminina tem seu cerne na magreza²⁶.

O fator preditor de maior risco é o status corporal, havendo uma sintomatologia maior em pessoas com maior sobrepeso e obesidade¹¹. Além disto, considera-se a influência da família para o desenvolvimento do TA, em que mães de jovens com TA inclinam-se a ser mais críticas e preocupadas com relação ao peso de suas filhas, incentivando-as a fazer dieta em comparação àquelas mães cujas filhas não apresentam TA²⁷. Ademais, os transtornos de humor, ansiedade e de uso de substâncias psicoativas além do transtorno depressivo são um fator predisponente para TA, sobretudo a ansiedade²⁸. Estudos demonstram que a taxa de comorbidade do transtorno de ansiedade para BN é de 25-75% e para AN de 23-54%, enquanto que para os transtornos de humor variam entre 24,1% e 90,5% para BN e entre 31% e 88,9% para AN^{29,30}.

Dada a importância deste tema, a compreensão dos fatores relacionados ao comportamento de risco para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares é de suma importância para o rastreio precoce e intervenção, sobretudo em estudantes do curso de Medicina, os quais são expostos a um ambiente de estresse, exigências e responsabilidades, as quais aumentam com o passar dos anos. O

entendimento desta patologia nesses estudantes é essencial, pois pode ocasionar uma repercussão negativa na sua formação acadêmica e profissional, uma vez que futuramente tais alunos poderão fazer parte de uma equipe multidisciplinar de apoio a pacientes com TA.

Desta forma, este estudo tem por objetivo avaliar os fatores associados aos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em estudantes do sexo feminino do curso de Medicina na Universidade do Sul de Santa Catarina.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional transversal com 175 estudantes do sexo feminino do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Unidade Pedra Branca, localizada no município de Palhoça, Santa Catarina, distribuídas nas diferentes fases do curso. A coleta de dados foi realizada no período de agosto à outubro de 2017.

Tendo como base uma prevalência de 57,5% de TA entre estudantes do sexo feminino do curso de Nutrição da UNISUL³¹, estimou-se como suficiente uma amostra 174 alunas da Medicina. Foram incluídas no estudo alunas acima de 18 anos regularmente matriculadas.

Após a aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da UNISUL, sob o CAAE 70673817.0.0000.5369, foi realizado contato por e-mail com as alunas do curso de Medicina de todas as fases para convidá-las a participar da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e informar sobre a utilização de questionários autoaplicáveis online por meio da plataforma *Google Forms*. Após a confirmação e o consentimento da entrevistada, esta respondeu a três questionários autoaplicáveis: a) instrumento de coleta de dados, elaborado pelos autores, contendo informações sociodemográficas, acadêmicas, hábitos de vida e transtornos psiquiátricos concomitantes; b) Teste de Investigação Bulímica de Edinburg – *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE)³²; e Teste de Atitudes Alimentares – *Eating Attitudes Test* (EAT-26)³³. Após 10 dias do envio do questionário online, foi realizado um novo contato via e-mail para reforçar a participação dos estudantes que ainda não responderam aos questionários com o objetivo de atingir o cálculo amostral previamente estabelecido.

Foi investigado a presença de TA considerando variáveis independentes como a idade (em anos completos e posteriormente categorizadas em até 20 anos e acima de 20 anos); peso (em kg); altura (em cm); realização de atividade física (Sim/Não); concomitância com transtornos depressivo (Sim/Não), de ansiedade (Sim/Não); fase do curso (1ª à 12ª fase) com posterior categorização em ciclo básico(1ª à 4ª fase),clínico(5ª à 8ª fase) e internato(9ª à 12ª); problemas familiares (Sim/Não); uso de

dietas (Sim/Não); participação em clube de emagrecimento (Sim/Não); números de refeições relativas ao café da manhã, almoço, lanche e jantar (Todos os dias/5 dias da semana/3 dias da semana/1 dia da semana/Nunca); histórico prévio de problema alimentar (Sim/Não); sentimento em relação à imagem corporal (Gorda/Muito gorda/Média/Abaixo do peso) e menstruação irregular (Sim/Não).

A avaliação do peso foi realizada através do cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC)³⁴ e apresentado em Kg/m², podendo ser classificado como abaixo do peso (IMC inferior a 18,5 Kg/m²), eutrófico (18,5 a 24,99), sobrepeso e obesidade (acima de 25,0). A variável realização de atividade física não especifica a quantidade, mas se pratica ou não e o tempo praticado (< 150 minutos/semana ou >150 minutos/semana). A variável problemas familiares (sim/não) refere-se a qualquer relação conturbada que os participantes do estudo eventualmente tenham e/ou tiveram com um ou ambos os pais. A população em estudo foi investigada quanto a presença de transtornos psiquiátricos concomitantes como Transtorno Depressivo e de Ansiedade (sim/não). As variáveis histórico de problema alimentar e uso de dietas também foram investigadas, quanto a presença e ao uso, respectivamente, (sim/ não).

Para avaliar os fatores associados aos comportamentos de risco para TA, lançou-se mão de dois instrumentos, o BITE e EAT-26. O *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE) foi desenvolvido por Henderson e Freeman³⁵ em 1987 e traduzido para o português e validado por Cordás *et al.*³² em 1993. O instrumento possui duas partes: Parte I com informações gerais com informações referentes à altura, peso, participação em clube de emagrecimento, orientação profissional, histórico de transtornos alimentares e a frequência das refeições. Já a parte II serve para a avaliação do comportamento bulímico e é constituída por 33 questões, sendo 30 delas dirigidas à sintomatologia bulímica, variando de 0 até 30 pontos. A resposta "sim" representa a presença do sintoma, valendo 1 ponto, enquanto a resposta "não" significa a ausência (0). Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31, pontua-se inversamente. Valores abaixo de 10 pontos são considerados normais e valores iguais ou acima de 10 pontos são considerados como presença de comportamento de risco.

O BITE fornece os resultados em duas escalas: uma de sintomas e outra de gravidade dos sintomas. Os *scores* de sintomas igual ou maior que 20 indicam comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia nervosa; *scores* entre 10 e 19 sugerem padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica. A gravidade é avaliada pelos itens 6,7 e 27 e é calculada quando a pontuação na escala de sintomas é superior ou igual a 10, ramificando-se, dessa forma em categorias: alto (*score*>10, podendo apontar a presença de vômito psicogênico ou abuso de laxantes sem comportamento compulsivo; moderado (5-9 pontos) considerado clinicamente significativo e baixo (*score* < 5), clinicamente não significativo.

O *Eating Attitudes Test* (EAT-26) foi elaborado por Garner et al.³⁶ em 1979, com posterior tradução para o português e validação por Nunes et al.³³ em 1994. A versão resumida é composta por 26 questões dirigidas à sintomatologia anoréxica, com uma pontuação que pode variar de 0 a 78 pontos. Apresenta respostas em escala Likert, em que a primeira opção “sempre” vale 3 pontos, “muito frequentemente”, 2 pontos, “frequentemente” 1 ponto e as demais não recebem pontuação (às vezes, raramente e nunca). Quando a pontuação for igual ou superior a 21 pontos, o resultado é classificado como "EAT+" e considerado indicador de risco para o desenvolvimento de um transtorno alimentar, já quando é menor que 20, considera-se que o TA está ausente³⁷.

Os dados respondidos foram transferidos do questionário online para o software Excel e, após, exportados e analisados pelo programa SPSS 18.0 (*Statistical Package for the Social Sciences Version 18.0*). A análise das variáveis qualitativas foi apresentada sob a forma de frequência simples e relativa e as quantitativas em medidas de tendência central (média) e suas respectivas medidas de variabilidade /dispersão como a amplitude (máxima e mínima) e desvio padrão. A associação entre os comportamentos de risco para transtornos alimentares e as variáveis independentes foram testadas por meio do teste qui-quadrado. O nível de significância aceito foi o valor de $p < 0,05$ e a medida de associação Razão de Prevalência (RP) com intervalo de Confiança de 95% (IC95%) também foi calculada.

RESULTADOS

Foram avaliados 175 estudantes de medicina do sexo feminino. A amostra representou 57,9% das alunas matriculadas no curso. A média de idade foi de 23,1 \pm 3,4 anos, sendo a mínima de 18 e a máxima de 38 anos. O IMC médio foi de 23,0 \pm 4,9 kg/m² sendo 16,0 o valor mínimo e 52,3, o máximo, em que 21,3% das estudantes apresentaram IMC acima de 25 kg/m² e 78,7%, abaixo.

Quanto à caracterização da amostra por fases do curso, observou-se que 23,4% das alunas entrevistadas estavam no ciclo básico, 45,1% no ciclo clínico e 31,5% no internato. Em relação aos hábitos de vida, 70,9% realizavam atividade física, sendo que 66,1% com uma frequência acima de 150 minutos/semana. Quanto aos aspectos clínicos, 18,3% (n=32) referiram transtornos psiquiátricos; destas, 78,1% com ansiedade e 21,9% com depressão. Observou-se ainda que 33,7% da população em estudo apresentavam problemas familiares e 20,0% afirmaram ter períodos menstruais irregulares. Acerca do sentimento com o peso corporal atual, 29,6% sentiam-se gordas; 6,9% muito gordas e 4,0% abaixo do peso.

Quanto à frequência das refeições (Tabela 1), houve uma prevalência maior em realizar diariamente acima de 3 refeições por semana. Histórico de problemas alimentares foram referidos por 16,6%.

Tabela 1: Frequência das refeições e histórico de problemas alimentares

Variável	n	(%)
Café manhã		
Até 3 dias/sem	40	22,8
Acima de 3 dias/sem	135	77,2
Almoço		
Até 3 dias/sem	3	1,7
Acima de 3 dias/sem	172	98,3
Jantar		
Até 3 dias/sem	29	16,6
Acima de 3 dias/sem	146	83,4
Lanche		
Até 3 dias/sem	34	19,4

Acima de 3 dias/sem	141	80,6
Problemas Alimentares		
Sim	29	16,6
Não	146	83,4

Fonte: Elaboração do autor, 2018

Na avaliação de comportamentos alimentares de risco medidos pelo BITE, 60,0% apresentaram sintomas. Destas, 89,5% apresentaram gravidade dos sintomas classificada como moderada (entre 5 e 9) e 7,6% como alta (maior ou igual a 10). No que diz respeito aos comportamentos de risco para anorexia avaliados pelo EAT-26, 36,0% apresentaram comportamento de risco (Tabela 2).

Tabela 2: Prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Comportamento de risco	n	(%)
BITE Sintoma		
Risco (1)	105	60,0
Normal (2)	70	40,0
BITE Gravidade		
Alto (3)	8	7,6
Moderado (4)	94	89,5
Baixo (5)	3	2,9
EAT-26		
Risco (6)	63	36,0
Normal (7)	112	64,0

(1) igual ou maior de 10; (2) Abaixo de 10; (3) maior ou igual a 10; (4) entre 5 e 9; (5) abaixo de 5; (6) 20 ou mais; (7) abaixo de 20.

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

As associações entre o perfil sociodemográfico, antropométrico, hábitos de vida, hábitos alimentares, histórico de problemas alimentares e aspectos clínicos com os sintomas de comportamento de risco para bulimia estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3: Associação entre perfil sociodemográfico, antropométrico, hábitos de vida, hábitos alimentares, histórico de problemas alimentares e aspectos clínicos com os sintomas de comportamento de risco para bulimia-BITE.

Variável	Bite Sintoma		RP (IC 95%)	Valor p
	Risco n(%)	Normal n(%)		
Idade (n=175)				
Até 20 anos	22 (64,7)	12 (35,3)	1,099 (0,827-1,460)	0,533
Acima de 20 anos	83 (58,9)	58 (41,1)		
Fase do curso (n=175)				
Básico	25 (61,0)	16 (39,0)	1,021 (0,771-1,354)	0,884
Clínico/Internato	80 (59,7)	54 (40,3)		
IMC (n=174)				
Acima de 25 kg/m ²	36 (97,3)	1 (2,7)	1,960 (1,642-2,340)	<0,001
Até 25kg/m ²	68 (49,6)	69 (50,4)		
Atividade física (n=175)				
Sim	70 (56,5)	54 (43,5)	0,823 (0,646-1,047)	0,135
Não	35 (68,6)	16 (31,4)		
Frequência atividade física (n=124)				
Acima de 150 min/sem	30 (71,4)	12 (28,6)	1,464 (1,093-1,963)	0,016
Até 150 min/sem	40 (48,8)	42 (51,2)		
Café da manhã (n=175)				
Até 3 dias/sem	25 (62,5)	15 (37,5)	1,055 (0,799-1,392)	0,713
Acima de 3 dias/sem	80 (59,3)	55 (40,7)		
Almoço (n=175)				
Até 3 dias/sem	1 (33,3)	2 (66,7)	0,551 (0,110-2,744)	0,342
Acima de 3 dias/sem	104 (60,5)	68 (39,5)		
Jantar (n=175)				
Até 3 dias/sem	16 (55,2)	13 (44,8)	0,905 (0,636-1,288)	0,561
Acima de 3 dias/sem	89 (61,0)	57 (39,0)		
Lanche (n=175)				
Até 3 dias/sem	21 (61,8)	13 (38,2)	1,037 (0,770-1,396)	0,815
Acima de 3 dias/sem	84 (59,6)	57 (40,4)		
Clube emagrecimento (n=175)				
Sim	10 (58,8)	7 (41,2)	0,978 (0,644-1,485)	0,917
Não	95 (60,1)	63 (39,9)		
Problemas alimentares (n=175)				
Sim	20 (69,0)	9 (31,0)	1,185 (0,895-1,568)	0,281
Não	85 (58,2)	61 (41,8)		
Menstruação irregular (n=175)				
Sim	22 (59,3)	13 (40,7)	1,060 (0,794-1,416)	0,700
Não	83 (62,9)	57 (37,1)		

Problemas familiares (n=175)				
Sim	44 (74,6)	15 (25,4)	1,418 (1,129-1,782)	0,005
Não	61 (52,6)	55 (47,4)		
Sentimento peso corporal (n=175)				
Muito gorda/gorda	42 (65,6)	22 (34,4)	1,156 (0,909-1,471)	0,249
Normal/abaixo do peso	63 (56,7)	48 (43,3)		
Transtorno psiquiátrico (n=175)				
Sim	21 (65,6)	11 (34,4)	1,117 (0,839-1,487)	0,472
Não	84 (58,7)	59 (41,3)		
Ansiedade (n=32)				
Sim	17 (68,0)	8 (32,0)	1,190 (0,594-2,386)	0,593
Não	4 (57,1)	3 (42,9)		
Depressão (n=32)				
Sim	4 (57,1)	3 (42,9)	0,840 (0,419-1,685)	0,593
Não	17 (68,0)	8 (32,0)		

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Houve significância estatística ($p < 0,001$) entre a variável IMC com valores acima de 25 kg/m² e sintomas bulímicos, sendo este aproximadamente, 2 vezes mais prevalente em relação a quem tinha IMC <25 kg/m². Além disso, houve significância estatística também com a frequência de atividade física acima de 150 minutos/semana ($p = 0,016$), sendo 1,464 vezes mais prevalente, e a presença de problemas familiares e os sintomas bulímicos ($p = 0,005$), 1,418 mais prevalente.

Não houve significância estatística entre o perfil sociodemográfico, antropométrico, hábitos de vida, hábitos alimentares, histórico de problemas alimentares e aspectos clínicos com a gravidade dos sintomas para bulimia.

As associações entre o perfil sociodemográfico, antropométrico, hábitos de vida, hábitos alimentares, histórico de problemas alimentares e aspectos clínicos com o comportamento de risco para o transtorno anoréxico estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5: Associação entre perfil sociodemográfico, antropométrico, hábitos de vida, hábitos alimentares, histórico de problemas alimentares e aspectos clínicos com comportamentos de risco para anorexia - EAT-26.

Variável	EAT-26		RP (IC 95%)	Valor p
	Risco n(%)	Normal n(%)		
Idade (n=175)				
Até 20 anos	12 (35,3)	22 (64,7)	0,976 (0,589-1,617)	0,924
Acima de 20 anos	51 (36,2)	90 (63,8)		
Fase do curso (n=175)				
Básico	16 (39,0)	25 (61,0)	1,113 (0,712-1,739)	0,645
Clínico/Internato	47 (35,1)	87 (64,9)		
IMC (n=174)				
Acima de 25 kg/m ²	24 (64,9)	13 (35,1)	2,279 (1,596-3,253)	< 0,001
Até 25kg/m ²	39 (28,5)	98 (71,5)		
Atividade física (n=175)				
Sim	37 (29,8)	87 (70,2)	0,585 (0,400-0,857)	0,008
Não	26 (51,0)	25 (49,0)		
Frequência atividade física (n=175)				
Acima de 150 min/sem	16 (38,1)	26 (61,9)	1,488 (0,872-2,536)	0,150
Até 150 min/sem	21 (25,6)	61 (74,4)		
Café da manhã (n=175)				
Até 3 dias/sem	17 (42,5)	23 (57,5)	1,247 (0,811-1,918)	0,330
Acima de 3 dias/sem	46 (34,1)	89 (65,9)		
Almoço (n=175)				
Até 3 dias/sem	1 (33,3)	2 (66,7)	0,927 (0,184-4,638)	0,923
Acima de 3 dias/sem	62 (36,0)	110 (64,0)		
Jantar (n=175)				
Até 3 dias/sem	16 (55,2)	13 (44,8)	0,905 (0,636-1,288)	0,561
Acima de 3 dias/sem	89 (61,0)	57 (39,0)		
Lanche (n=175)				
Até 3 dias/sem	12 (35,3)	22 (64,7)	0,976 (0,589-1,617)	0,652
Acima de 3 dias/sem	51 (36,2)	90 (63,8)		
Clube emagrecimento (n=175)				
Sim	7 (41,2)	10 (58,8)	1,162 (0,634-2,129)	0,640
Não	56 (35,4)	102 (64,6)		
Problemas alimentares (n=175)				
Sim	11 (37,9)	18 (62,1)	1,065 (0,637-1,781)	0,813
Não	52 (35,6)	94 (64,4)		
Menstruação irregular (n=175)				
Sim	11 (31,4)	24 (68,6)	0,846 (0,496-1,444)	0,529
Não	52 (37,1)	88 (62,9)		
Problemas familiares (n=175)				
Sim	25 (42,4)	34 (57,6)	1,293 (0,871-1,921)	0,210

Não	38 (32,8)	78 (67,2)		
Sentimento peso corporal (n=175)				
Muito gorda/gorda	21 (32,8)	43 (67,2)	0,867 (0,567-1,325)	0,505
Normal/abaixo do peso	42 (37,8)	69 (62,2)		
Transtorno psiquiátrico (n=175)				
Sim	9 (28,1)	23 (71,9)	0,745 (0,412-1,347)	0,305
Não	54 (37,8)	89 (62,2)		
Ansiedade (n=32)				
Sim	8 (32,0)	17 (68,0)	2,240 (0,334-15,013)	0,357
Não	1 (14,3)	6 (85,7)		
Depressão (n=32)				
Sim	1 (14,3)	6 (85,7)	0,446 (0,067-2,992)	0,357
Não	8 (32,0)	17 (68,0)		

Fonte: Elaboração do autor, 2018.

Houve significância estatística ($p < 0,001$) entre a variável IMC com valores acima de 25 kg/m² e o comportamento de risco para anorexia, sendo 2,279 vezes mais prevalente. Além disso, a realização de atividade física apresentou-se como fator de proteção para transtorno anoréxico ($p = 0,008$).

DISCUSSÃO

No estudo em discussão, 60% das estudantes apresentaram comportamentos de risco para transtorno alimentar bulimia avaliado pelo BITE. Não foram encontrados resultados com valores tão expressivos quanto a estes em outros estudos. Um trabalho de delineamento transversal realizado por Liao *et al.*³⁸ com 409 estudantes de medicina da Universidade de Chung Shan, China, detectou que 6,8 % dos alunos apresentavam sintomatologia compatível com comportamento de risco para Bulimia. Bosi *et al.*³⁹, em estudo transversal realizado com 189 alunas de todas as fases do curso de Medicina em uma Universidade pública da cidade do Rio de Janeiro, detectaram uma prevalência de comportamento de risco pelo BITE de 38% e destas, 31,7% pontuando na escala média, o que significa que formam um grupo subclínico de indivíduos com hábitos alimentares compulsivos ou em fase inicial de BN. Pinto *et al.*¹⁹, em estudo com 85 alunas do primeiro e quarto ano do curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-SP, identificaram 4,8% com escores maiores ou iguais a 20, o que significa presença de comportamento alimentar compulsivo com grande possibilidade de preencher critérios diagnósticos para bulimia. Em comparação com graduandas de outras áreas da saúde, Pereira *et al.*⁴⁰ avaliaram 214 estudantes matriculadas nos cursos de medicina, odontologia, farmácia, educação física, nutrição e enfermagem na Universidade do Sul de Santa Catarina em Tubarão, Santa Catarina, concluindo que 9,8% se encontravam no grupo com grande possibilidade de bulimia e 36,9% com a necessidade de avaliação clínica.

Na avaliação da gravidade dos sintomas bulímicos, o presente estudo demonstrou resultados superiores na prevalência da gravidade moderada (89,5%) a alta (7,6%) em oposição a outros trabalhos realizados com alunas do curso de Medicina em que a prevalência da baixa gravidade predomina. Bosi *et al.*³⁹ encontraram 1,6% da sua população com alta gravidade (*score* maior ou igual a 10) e 6,3% com gravidade moderada (*score* de 5 a 9). Pinto *et al.*¹⁹ identificaram que 6,5% de alunas do primeiro ano e 10,30% do quarto ano tiveram escores indicando alta gravidade, assim como observou que 8,7% das alunas do primeiro ano e 23,08% do quarto ano apresentaram escore

indicando moderada gravidade. Já no estudo de Pereira *et al.*⁴⁰, 11,2% estudantes apresentaram moderada gravidade e 7% alta gravidade.

Em relação à avaliação de comportamentos de risco para anorexia por meio do questionário EAT-26, detectou-se que mais de um terço das estudantes (36%) apresentaram comportamentos de risco. Resultados divergentes foram encontrados na literatura. Alvarenga *et al.*⁴¹, com 2.483 universitárias da área da saúde distribuídas nas cinco regiões do Brasil, identificaram comportamentos de risco anoréxico em 26,1% do total da população, com maior prevalência nas regiões Norte (30,1%) e Nordeste (28,8%). Em estudos com estudantes de Medicina, Bosi *et al.*³⁹, identificaram prevalência de comportamento de risco em 19% e Pinto *et al.*¹⁹, em 28,3% das alunas do primeiro ano e 28,2% das alunas do quarto ano. Pereira *et al.*⁴⁰, por sua vez detectaram 22,4% da população em estudo com comportamento de risco para anorexia. Um outro trabalho realizado por Alberton *et al.*²⁰ na Universidade do Sul de Santa Catarina em Tubarão, por meio de um estudo transversal com 391 estudantes de medicina (200 mulheres e 191 homens), identificou comportamento de risco em 17% das alunas.

As altas prevalências de comportamento de risco encontradas no BITE e EAT-26 deste estudo podem estar relacionadas à metodologia empregada para a coleta de dados, formulário *Google Forms*, onde questiona-se se ocorreu maior interesse de participação do estudo entre as alunas que já apresentavam algum comportamento de risco para TA. Também destaca-se as características do perfil dos estudantes de Medicina, que são mais expostos ao estresse, o qual aumenta com o passar dos anos devido a carga horária elevada, insegurança em relação ao ingresso no mercado de trabalho, cobrança da sociedade e da instituição de ensino, além da autocobrança característica dos alunos deste curso, o que favorece presença de depressão e ansiedade comumente identificada neste grupo. A relação de tais distúrbios com comportamentos de risco para transtornos alimentares já foram demonstrados em outros trabalhos²⁸⁻³⁰. Apesar deste estudo não ter encontrado significância entre comportamentos de risco para Transtornos Alimentares e Transtornos Psiquiátricos, até porque o questionário utilizado baseou-se no autorrelato do diagnóstico de ansiedade ou depressão, sabe-se

que há uma tendência dos estudantes a não procurar ajuda médica para seus problemas ⁴². Apesar do alto nível de tensão que acomete os estudantes de Medicina, apenas 8% a 15% deles procuram cuidado psiquiátrico durante a sua formação⁴³. Vasconcellos *et al.*⁴⁴ em um trabalho de delineamento transversal com 234 graduandos do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde, por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Ehad), observaram que 34,3% apresentaram sintomas possíveis de ansiedade e 19,7% manifestaram sintomas sugestivos do transtorno, enquanto que 19,3% apresentaram sintomas possíveis para depressão e 5,6% manifestaram sintomas sugestivos do transtorno. Considerando tais dados, sugere-se novos estudos para aprofundar o conhecimento deste tema, pois a alta prevalência dos comportamentos de risco para AN e BN sobrepujaram os valores encontrados em outros trabalhos envolvendo o curso de Medicina.

Ao associar o perfil das estudantes com os comportamentos de risco para bulimia e anorexia, encontrou-se significância estatística com valores de IMC superiores a 25kg/m². Um estudo conduzido por Alkazemi *et al.*⁴⁵ na Universidade do Kuwait com 1.147 estudantes do sexo feminino de 14 cursos da área da saúde detectou uma forte associação ($p < 0,001$) entre sobrepeso e obesidade com comportamento de risco para anorexia por meio do EAT-26, no entanto, concluiu que tal distúrbio não deveria ser atribuído apenas pela obesidade e, sim associado a uma percepção da imagem corporal alterada. Nesta mesma linha, Nunes *et al.*⁴⁶ em um trabalho com 513 mulheres de 12 a 29 anos de Porto Alegre, por meio da aplicação do EAT-26 e BITE, observaram que 82% das mulheres apresentaram IMC normal e que o efeito bruto do IMC acarreta um risco de 1,86 vezes maior das mulheres com sobrepeso/obesidade apresentarem comportamentos alimentares anormais, enquanto que o efeito da autopercepção do peso corporal apresentou um risco quatro vezes maior de mulheres que se sentiam gordas apresentarem comportamentos alimentares anormais do que as que se sentiam magras ou normais.

Os resultados do estudo atual corroboram com os encontrados na literatura, em que a classificação nutricional de sobrepeso/obesidade está associada a comportamentos de risco para TA. Destaca-se que a autopercepção relacionada ao peso como o sentimento de gorda/muito gorda

apresentou prevalência de 36,5%, contudo sem significância estatística. No entanto, outros estudos^{45,46} constataram que a alteração da percepção do peso corporal como o fato de se sentir gorda mostrou um papel mais importante na determinação dos comportamentos alimentares do que o IMC (sobrepeso/obesidade). Mesmo assim, sugere-se que o achado do estudo em discussão pode se justificar com base no padrão de beleza idealizado pela sociedade e imposto pela mídia, os quais podem gerar descontentamento com seu próprio peso. Devido à dificuldade de adquirir o peso desejado por meio de dietas saudáveis e exercícios físicos, muitas jovens passam a desenvolver práticas inadequadas de controle de peso, passando a desenvolver comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Ao analisar as possíveis relações com os transtornos alimentares, o estudo em discussão identificou associação significativa entre a presença de problemas familiares com sintomas de comportamento de risco para bulimia. Na literatura, não foram encontrados trabalhos recentes que associam problemas familiares com a presença de sintomas para bulimia em estudantes universitárias. Por outro lado, um estudo realizado por Gan *et al.*⁴⁷ através da aplicação de questionários socioeconômicos, demográficos e histórico familiares para 356 adolescentes escolares (42.7% homens e 57.3% mulheres) de 13 a 16 anos, demonstrou que a disfunção familiar foi associada ao padrão de *compulsão* alimentar em adolescentes. Cromley *et al.*⁴⁸, em um trabalho similar nos Estados Unidos, demonstraram que o padrão de compulsão alimentar teve associação com a baixa adesão familiar e a adaptação do adolescente no ambiente familiar.

Sugere-se, desta forma, que a associação de problemas familiares com a sintomatologia para comportamento de risco bulímico neste trabalho possa ser oriundo de algum estresse psíquico gerado por tais conflitos familiares, como ansiedade e depressão, as quais se perpetuaram até a idade adulta. Um estudo realizado por Coutinho *et al.*⁴⁹ com 204 adolescentes escolares, sendo 54,4% mulheres, através da aplicação de questionários validados para investigação de Depressão e qualidade de vida, demonstrou uma associação estatística ($p < 0,05$) entre o ambiente familiar e a depressão e, além disso, que adolescentes com uma boa relação familiar apresentaram uma melhor qualidade de vida.

Tal trabalho chegou a conclusão de que disponibilidade familiar influencia a autopercepção do adolescente e o enfrentamento das situações estressantes, influenciando diretamente sobre o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Souza *et al.*⁵⁰, em um estudo com 530 estudantes de uma universidade particular de São Paulo, na faixa etária de 17 a 54 anos, demonstraram que quanto menor a percepção nas demonstrações de afeto, cuidado, carinho e emoção por parte da família e outorgação de regras, maior o estresse psíquico. Um estudo caso-controle realizado por Kaye *et al.*⁵¹ com 282 pacientes com diagnóstico de bulimia nervosa detectou que aproximadamente 2 terços destas apresentavam mais de um tipo de transtorno de ansiedade, sendo o mais comum o transtorno obsessivo compulsivo e fobia social e que a maioria das participantes relataram o início dos transtornos ansiosos antes de desenvolverem um transtorno alimentar. Mais estudos fazendo uso de instrumentos validados se fazem necessários para melhor fundamentação desta hipótese, visto que dados deste trabalho são provenientes de uma população adulta e obtidos por um delineamento transversal.

O estudo em discussão identificou associação significativa entre a frequência de atividade física superior à 150 minutos por semana com sintomas de comportamento de risco para bulimia. Na literatura estudos com resultados similares não foram encontrados, pois não existe um consenso sobre qual seria o ponto de corte para que a prática de exercício físico fosse considerada vigorosa e, conseqüentemente, um fator de risco para transtornos alimentares⁵². Censi *et al.*⁵³, por meio de um estudo transversal com 220 alunas dos 55 cursos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), procuraram estabelecer a prevalência de comportamentos de risco para bulimia e observaram que a prática de atividade física não mostrou associação significativa com tal comportamento. Uma revisão sistemática realizada no Reino Unido por Meyer *et al.*⁵⁴, com o objetivo de desenvolver um modelo cognitivo-comportamental que correlacione a prática de atividade física vigorosa com transtornos alimentares, demonstrou que a preocupação com o peso e a imagem corporal, compulsão alimentar, perfeccionismo e a postura mais inflexível de uma pessoa são fatores que atuam potencialmente na manutenção desta prática. Recomenda-se novos estudos para aprofundar tal associação, uma vez que

há uma lacuna na literatura de instrumentos mais fiéis para estipulação da prática e frequência de atividade física.

Tendo em vista que os transtornos alimentares são distúrbios graves e de etiologia heterogênea, mais estudos se tornam necessários no aprofundamento sobre como a insatisfação e *status* corporal, transtornos psiquiátricos e o ambiente familiar podem influenciar o seu desenvolvimento. Importante salientar a alta prevalência de comportamentos alimentares de risco e sua relação com a disfunção familiar, *status* corporal e atividade física vigorosa, além do estresse psíquico sobre as quais tais alunas estão submetidas. Desta forma, é de extrema importância o reconhecimento e o apoio a estas alunas para estruturá-las profissionalmente e emocionalmente, considerando que futuramente poderão fazer parte de uma equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com TA.

CONCLUSÃO

Ao observar o perfil das estudantes da Medicina, constatou-se uma média de idade de 23,13 anos, a maioria com IMC abaixo de 25 kg/m². Em torno de ⅔ das estudantes apresentam hábitos de realizar atividade física regular mais de 150 minutos por semana. Em relação às características da população estudada, a maioria realiza diariamente acima de 3 refeições por semana, menos de ⅓ relatam histórico de problemas alimentares, menstruação irregular e transtornos de humor. Em torno de ⅓ das estudantes apresentam problemas familiares e mais de ⅓ consideram-se gordas/muito gordas.

Na avaliação dos comportamentos alimentares de risco para bulimia, aproximadamente ⅓ das alunas apresentam sintomas e, destas, a maioria apresentam gravidade moderada. No que diz respeito à avaliação de comportamentos de risco para anorexia, ⅓ da população em estudo apresenta comportamento sugestivo para tal transtorno alimentar. Os comportamentos de risco para transtornos bulímicos e anoréxicos estão associados ao IMC acima de 25 kg/m². O comportamento de risco para bulimia está associado a frequência de atividade física acima de 150 minutos/semana e a presença de problemas familiares.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Sul de Santa Catarina, em especial o Núcleo de Trabalho de Conclusão de Curso, pela colaboração técnica neste trabalho.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948 p. 2.
2. Dos Santos FGD, Cardoso ICG, Alves, DCB, De Mendonça SMS. Anorexia nervosa e Bulimia Nervosa: Alterações bucais e a importância do cirurgião dentista na abordagem multiprofissional. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2015; 27(1): 33-42.
3. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. Medicina (Ribeirão Preto). 2006; 39(3):3408.
4. Alvarenga M, Larino M. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. 2002; 24(3):39-43
5. Bacaltchuck J & Hay P . Tratamento da bulimia nervosa: síntese as evidências. Revista Brasileira de psiquiatria. 1999; 21(3):184-7.
6. Le Grange D, Loeb K. Early Identification and Treatment of Eating Disorders: Prodrome to Syndrome. Early Interv Psychiatry .2007; 1: 27–39.
7. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22(2):28-31.
8. Oliveira LL, Hutz CS. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. Psicologia em Estudo. 2010; 15(3): 575-82.
9. Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. Medicina. Ribeirão Preto. Simpósio: Nutrição Clínica. 1998; 31:45-53.
10. Habermas T. In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. Int J Eat Dis. 1996; 19(4):317-34.
11. Lipson, SK, Soneville K. R. Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S colleges and universities. Eating Behaviors. 2017; 24: 81-88.
12. Thomas J, Khan S, Abdulrahman AA. Eating Attitudes and Body Image Concerns Among Female University Students in the United Arab Emirates. Appetite. 2010; 54:595-98.
13. Sanlier N, Yabancı N, Alyakut O. An Evaluation of Eating Disorders Among a Group of Turkish University Students. Appetite. 2008; 51:641-5.
14. Sepulveda AR, Carrobbles JA, Gandarillas AM. Gender, School and Academic Year Differences Among Spanish University Students at High-Risk for Developing an Eating Disorder: an Epidemiologic Study. BMC Public Health. 2008; 28:102.
15. Silva JD, Silva ABJ, Oliveira AVK, Nemer ASA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(12):3399-406.
16. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Rev Nutr. 2001; 14:3-6.
17. Almeida LC, Piolongo LF, Barbosa LG, Neto JGO. Triagem de Transtornos Alimentares em Estudantes universitários na área da saúde. Rev. Bras. Neurol. e Psiq. 2016; (3):230-43.
18. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, Neto GMC, Ribeiro IR. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Rev Psiquiatr Clín. 2002; 24:172-80.
19. Pinto ACM, Camargo MR, Novo NF, Hübner CVK. Transtornos alimentares em alunas da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-S. Rev. Fac. Ciênc. Méd. 2009; 11(2):16-20.
20. Alberton VC, Dal-Bó MJ, Piovezan AP, Silva RM. Prevalência de transtornos de comportamentos alimentares entre estudantes de medicina de uma universidade do sul de Santa Catarina, Brasil. Rev. Bras. Ed. Med. 2013; 37(1):15-20.
21. Lewis B, Nicholls D. Behavioural eating disorders. Paediatrics and Child Health. 2016; 19(2):60-6.

22. Fleitlich BW, Larino MA, Cobelo A, Cordas T. Anorexia nervosa na adolescência. *J de Pediatria*. 2000;(76):3-13.
23. Drake MA. Symptoms of anorexia nervosa in female university dietetic majors. *Journal of the American Dietetic Association*. 1989;1:97-8.
24. Garman J, Hayduk D, Crider D & Hodel M. Occurrence of exercise dependence in a college-aged population. *Journal of American College Health*. 2004; 52:221-8.
25. Gonidakis F, Sigala A, Varsou E, Papadimitriou G. A study of eating attitudes and related factors in a sample of first-year female nutrition and dietetics students of Harokopion University in Athens, Greece. *Eating Weight Disorders*. 2009;14:2-3.
26. Morgan MC, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(3):18-23.
27. Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2001;179:236-42.
28. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, Garcia-Blanco A, Vaz-Leal F, Vila L, Livianos L. Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Res*. 2015;227(1):52-7.
29. Godart NT, Perdereau F, Rein Z, Berthoz S, Wallier J, Jeammet Flament MF. Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 97 (1), 37-49
30. Pallister E, Waller G. Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical Psychology Review* .2008;28 (3):366-86.
31. Martins FA. Prevalência de comportamentos de risco para Transtornos Alimentares e fatores associados em estudantes de nutrição. (Trabalho de Conclusão de Curso). Palhoça: Universidade Do Sul de Santa Catarina. Curso de Medicina; 2016.
32. Cordáz TA, Hochgraf PB, Ochgraf PB. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa - versão para o português. *J Bras Psiq*, 1993; 42: 141-4.
33. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL*. 1994;(16)1:7-10.
34. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256.
35. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia, the BITE. *Br. J. Psychiatry*, 1987; 150: 18-84.
36. Garner D, Garfinkel, P. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of NA. *Psychol Med*. 1979; 9: 273-9.
37. Penz LR, Bosco SMD, Vieira JM. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. *Scientia Medica* .2008;18,(3): 124-8.
38. Liao YT, Lee YC, Hung NC, Lee SH, Weng JC, Chen VCH. Association between Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Bulimia among College Students. *Taiwanese J of Psc*. 2015; 29:98-108.
39. Bosi MLM, Nogueira, Uchimura KY, Luiz RL, Godoy MGC. Comportamento Alimentar e Imagem Corporal entre Estudantes de Medicina. *Rev. Bras. Ed. Med*. 2014;38(2):243-52.
40. Pereira LNG, Trevisol FS, Quevedo J, Jornada LK. Transtornos alimentares em universitárias da área da saúde de universidade do sul do Brasil. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2011;33(1):14-19.
41. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtornos alimentar em universitárias brasileiras. *Rev. psiq clín*. 2011;38(1):3-7.
42. Yiu V. Supporting the well-being of medical students. *CMAJ (online)*. 2005. 172(7) [capturado em...]; 889-90. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC554874/>.
43. Shaw DL, Wedding D, Zeldow PB, Diehl N. Special Problems of Medical Students: Cap 6. In Wedding D, eds. *Behavior & Medicine*. Hogrefe Publishing (online). 2006. [capturado em 18 ago 2013...]; 67-83. Disponível em: <http://www.hogrefe.de/pro-gramm/media-/catalog/Book/chapter6.pdf>

44. Vasconcelos TC, Dias BRT, Andrade LR, Melo GF, Barbosa L, Souza E. Prevalência de Sintomas de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina. *Rev. Bras. Ed. Med.* 2015;39 (1)135-42.
45. Alkazemi D, Zafar TA, Ebrahim M, Kubow S. Distorted weight perception correlates with disordered eating attitudes in Kuwaiti college women. *Int J Eat Disord.* 2018;1-10.
46. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Comey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001;23(1):21-7.
47. Gan WY, Mohamad N, Law LS. Factors Associated with Binge Eating Behavior among Malaysian Adolescents. *Nutrients.* 2018 ;10(1): 66.
48. Cromley T1, Neumark-Sztainer D, Story M, Boutelle KN. Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. *J Adolesc Health.* 2010; 47(3):263-9.
49. Coutinho MPL, Pinto AVL, Cavalcanti JG, Araújo LS, Coutinho ML. Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde e Doenças (em linea)* 2016, 17 [Fecha de consulta: 16 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36249164003> ISSN 1645-0086.
50. Souza MS, Baptista MN, Alves GAS. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia.* 2008;45-49.
51. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2215-21.
52. Teixeira PC, da Costa RF, Matsudo SMM, Cordás TA. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. *Rev Psiq Clín.* 2009;36(4).145-52.
53. Cenci M, Peres KG, Vasconcelos FAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Rev Psiq Clin.* 2009;36(3):83-8.
54. Meyer C, Taranis L, Goodwin H, Haycraft E. Compulsive exercise and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2011;19(3):174-89.