

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

GILMARA CRISTINA JAQUES CHAVES

**Prevalência de compulsão alimentar, depressão e ansiedade entre os universitários de
diferentes cursos de Juiz de Fora, Minas Gerais - 2008**

Juiz de Fora

2010

GILMARA CRISTINA JAQUES CHAVES

Prevalência de compulsão alimentar, depressão e ansiedade entre os universitários de diferentes cursos de Juiz de Fora, Minas Gerais - 2008

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração em Saúde Brasileira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro

Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Juiz de Fora

2010

Chaves, Gilmara Cristina Jaques.

Prevalência de compulsão alimentar, depressão e ansiedade entre os universitários de diferentes cursos de Juiz de Fora, Minas Gerais - 2008 / Gilmara Cristina Jaques Chaves. – 2010.

159 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Transtorno da alimentação – Estudantes universitários. 2. Depressão. 3. Ansiedade. I. Título.

CDU 616.89-008.441.42

GILMARA CRISTINA JAQUES CHAVES

Prevalência de compulsão alimentar, depressão e ansiedade entre os universitários de diferentes cursos de Juiz de Fora, Minas Gerais - 2008

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde, área de concentração em Saúde Brasileira, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde.

Aprovado em 30 de agosto de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^ª. Dr^ª. Josefina Bressan
Universidade Federal de Viçosa

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Carlos Cândido Mendes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Ao meu marido e ao meu filho, Henrique e Otávio

Para que saibam:

Vocês são a razão do meu amar, do meu viver, do
meu lutar, do meu vencer.

Se pelas estradas da vida, não fiquei
com vocês o tempo todo que precisavam é porque
nem sempre o nosso querer consegue
ultrapassar as barreiras do dever, mas
vocês foram, são e continuarão sendo os mais
preciosos tesouros de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por minha vida e por todas as oportunidades que apareceram para mim guiadas por Ele;

Aos meus pais, demais familiares e amigos pelo carinho, apoio, compreensão. Jamais esquecerei tudo o que fizeram por mim;

Ao meu orientador, professor Mário Sérgio, pela oportunidade, tempo dedicado, por todos os ensinamentos, confiança e amizade durante estes anos de convivência;

Ao meu co-orientador, professor Luiz Cláudio, por sua disponibilidade em me ajudar, ensinar e guiar;

À minha colega Gisele, por sua participação neste trabalho, ajudando na aplicação dos questionários;

À coordenação de todos os cursos, aos professores que disponibilizaram o horário de suas aulas para a aplicação do questionário, as instâncias acadêmicas CDARA e CGCO pela entrega das planilhas solicitadas, e principalmente, aos alunos que participaram da pesquisa. Sem vocês não seria possível a concretização deste “sonho”.

Por fim, a toda a direção do Programa de Pós-graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da UFJF, pelos ensinamentos e pela criação de oportunidades para o crescimento no campo da pesquisa.

RESUMO

O objetivo deste trabalho exploratório foi investigar a prevalência de Compulsão Alimentar Periódica, Síndrome Depressiva, Síndrome Ansiosa e Insatisfação corporal, bem como verificar suas possíveis associações entre si, ao consumo de psicoativos, a outras variáveis sócio-demográficas e comportamentais entre 1.590 universitários do 1º e 7º períodos de todos os cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora. O questionário aplicado na pesquisa foi semiestruturado, autoaplicável, anônimo, sigiloso, contendo variáveis diversas — estudantis, demográficas, sociais, pessoais, relativas à sexualidade, comportamentais ligadas ao uso de psicoativos, estéticas, de tratamento médico, massa corporal, bem como resultados de rastreamento para compulsão alimentar periódica, depressão, ansiedade e insatisfação corporal. Foram efetivadas análises exploratórias, bivariadas e, para caracterizar o peso relativo das variáveis estudadas sobre os desfechos analisados, utilizou-se a regressão logística. Os resultados indicaram que, dentre os estudantes avaliados, foi positivamente identificado pelos instrumentos de rastreamento que: 8,2% apresentavam compulsão alimentar periódica; 3,8%, depressão; 13,9%, ansiedade e 10,1%, insatisfação corporal. Nos modelos de regressão logística desenvolvidos, observou-se que as escalas de compulsão alimentar periódica e de ansiedade associaram-se significativamente à presença de depressão e de insatisfação corporal. As escalas de depressão e de insatisfação corporal associaram-se à presença de compulsão alimentar periódica e de ansiedade. Os universitários com Índice de Massa Corporal elevado tiveram maior probabilidade de apresentar compulsão alimentar periódica e insatisfação corporal e, os que usaram psicoativos sob prescrição médica, de desenvolver compulsão alimentar periódica e depressão. As mulheres foram vulneráveis aos quadros de ansiedade e de insatisfação corporal e, aqueles que mencionaram sentir-se nunca ou raramente felizes, aos de depressão e de ansiedade. Universitários que relataram fazer tratamento para alguma doença crônica e com renda familiar de até 10 salários mínimos apresentaram maiores chances de ter ansiedade e, os possíveis dependentes alcoólicos, de ter depressão. Finalmente, os que mencionaram ser o abdome a parte do corpo de que menos gostavam, que tinham vontade de fazer cirurgia plástica e que cursavam disciplinas da saúde foram suscetíveis à insatisfação corporal.

Palavras chave: Compulsão Alimentar Periódica. Depressão. Ansiedade. Insatisfação corporal.

SUMMARY

The objective of this exploratory study was to investigate the prevalence of Binge Eating, Depressive Syndrome, Anxiety Syndrome and Body dissatisfaction as well as to verify their possible associations within these different disorders, with the use of psychoactive drugs and with other socio-demographic and behavioral variables among 1,590 college students attending the 1st and 7th semesters of all undergraduate courses at the Federal University of Juiz de Fora. The questionnaire applied for this research was semi-structured, self-applied, anonymous, confidential, containing several variables — related to student life style, demographic, social, personal, sexuality, related behaviorally to the use of psychoactive drugs, aesthetic, related to medical treatment, body mass/weight, as well as to traced results for Binge Eating, Depressive Syndrome, Anxiety Syndrome and Body image dissatisfaction. Exploratory bivariate analyzes were executed and logistic regression was used to characterize the relative weight of the studied variables over the analyzed outcomes. Among the students evaluated, it was indicated that the following results were positively identified through the tracing instruments utilized: 8.2% presented Binge Eating; 3.8% presented Depression; 13.9% presented Anxiety and 10.1% presented Body dissatisfaction. In the logistic regression models developed it was observed that the levels of Binge Eating and anxiety were associated to the presence of depression and body dissatisfaction. The levels of depression and body dissatisfaction were associated to the presence of Binge Eating and anxiety. The students with elevated body mass indexes were more likely to present Binge Eating and body dissatisfaction and the ones taking psychoactive prescription drugs were more likely to develop Binge Eating and depression. Female students were vulnerable to present anxiety and body dissatisfaction and the students who reported rarely or never feeling happy were prone to present depression and anxiety. College students that reported being under treatment for any chronic diseases and placed in the monthly income bracket of up to 10 minimum wages showed higher likelihood to display anxiety as well as the presence of alcoholism and depression among their children. Finally, the students that reported dissatisfaction with their bodies, particularly with their midsection, the desire to undergo plastic surgery and were taking health related courses were more susceptible to body dissatisfaction.

Keywords: Binge Eating. Depression. Anxiety. Body dissatisfaction.

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------------|--|----|
| QUADRO 1 | Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa, segundo o DSM-IV e a CID-10..... | 21 |
| QUADRO 2 | Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa, segundo o DSM-IV e a CID-10..... | 22 |
| QUADRO 3 | Critérios diagnósticos para Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, segundo o DSM-IV..... | 30 |
| QUADRO 4 | Atividades realizadas durante a elaboração da pesquisa..... | 38 |
| QUADRO 5 | Classificação das variáveis contidas no banco de dados..... | 43 |
| QUADRO 6 | Categorização das variáveis contidas no banco de dados..... | 45 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|--|----|
| TABELA 1 | Total de alunos matriculados nos cursos de graduação da UFJF e números relativos aos respondentes da pesquisa no 1º semestre de 2008..... | 59 |
| TABELA 2 | Análise descritiva e exploratória das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 61 |
| TABELA 3 | Análise descritiva e exploratória das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 62 |
| TABELA 4 | Análise descritiva e exploratória das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 63 |
| TABELA 5 | Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 64 |
| TABELA 6 | Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 64 |
| TABELA 7 | Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas ao comportamento de uso-no-mês de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 65 |
| TABELA 8 | Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 66 |
| TABELA 9 | Análise descritiva e exploratória das relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 67 |
| TABELA 10 | Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 69 |
| TABELA 11 | Análise descritiva e exploratória da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 70 |
| TABELA 12 | Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 70 |
| TABELA 13 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 72 |

| | | |
|------------------|---|----|
| TABELA 14 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 73 |
| TABELA 15 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 74 |
| TABELA 16 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 74 |
| TABELA 17 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 75 |
| TABELA 18 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 76 |
| TABELA 19 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 77 |
| TABELA 20 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 78 |
| TABELA 21 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 79 |
| TABELA 22 | Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 79 |
| TABELA 23 | Depressão - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 81 |
| TABELA 24 | Depressão - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 82 |
| TABELA 25 | Depressão - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 83 |
| TABELA 26 | Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 83 |
| TABELA 27 | Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas ao | |

| | | |
|------------------|---|----|
| | comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 84 |
| TABELA 28 | Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 85 |
| TABELA 29 | Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 86 |
| TABELA 30 | Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 87 |
| TABELA 31 | Depressão - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 88 |
| TABELA 32 | Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 88 |
| TABELA 33 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 90 |
| TABELA 34 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 91 |
| TABELA 35 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 92 |
| TABELA 36 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 92 |
| TABELA 37 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 93 |
| TABELA 38 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 94 |
| TABELA 39 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 95 |
| TABELA 40 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e | |

| | | |
|------------------|---|-----|
| | tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 96 |
| TABELA 41 | Ansiedade - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 97 |
| TABELA 42 | Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 97 |
| TABELA 43 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 99 |
| TABELA 44 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 100 |
| TABELA 45 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 101 |
| TABELA 46 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 101 |
| TABELA 47 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 102 |
| TABELA 48 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 103 |
| TABELA 49 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 104 |
| TABELA 50 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008..... | 105 |
| TABELA 51 | Insatisfação corporal - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 106 |
| TABELA 52 | Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008 | 106 |
| TABELA 53 | Modelo 1: Razão de chance de Compulsão alimentar periódica e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz | |

| | | |
|------------------|--|-----|
| | de Fora, MG – 2008..... | 107 |
| TABELA 54 | Modelo 2: Razão de chance de Depressão e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz de Fora, MG – 2008 | 108 |
| TABELA 55 | Modelo 3: Razão de chance de Ansiedade e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz de Fora, MG – 2008 | 109 |
| TABELA 56 | Modelo 4: Razão de chance de Insatisfação corporal e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz de Fora, MG – 2008 | 110 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|--|
| AN | Anorexia Nervosa |
| BAI | Inventário Beck para Ansiedade |
| BDI | Inventário Beck para Depressão |
| BN | Bulimia Nervosa |
| BSQ | Body Shape Questionnaire (Questionário de Imagem Corporal) |
| CAGE | Instrumento de Rastreamento de Dependência Alcoólica |
| CAP | Compulsão Alimentar Periódica |
| CDARA | Coordenadoria de Assuntos e Registros Acadêmicos |
| CGCO | Centro de Gestão de Conhecimento Organizacional |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual, IV Edition |
| ECAP | Escala de Compulsão Alimentar Periódica |
| ICD | Imagem Corporal Distorcida |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| LAPPDA | Laboratório de Pesquisa em Personalidade, Drogas e Álcool |
| TA | Transtornos Alimentares |
| TCAP | Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre Esclarecido |
| UFJF | Universidade Federal de Juiz de Fora |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2 | JUSTIFICATIVA..... | 19 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA..... | 20 |
| 3.1 | Transtornos Alimentares (TA)..... | 20 |
| 3.1.1 | Histórico e classificação diagnóstica dos TA..... | 20 |
| 3.1.2 | Teorias etiológicas dos TA..... | 24 |
| 3.1.3 | Aspectos epidemiológicos dos TA..... | 26 |
| 3.1.4 | Aspectos prognósticos dos TA..... | 27 |
| 3.2 | Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)..... | 29 |
| 3.2.1 | Histórico e classificação diagnóstica do TCAP..... | 29 |
| 3.2.2 | Aspectos epidemiológicos do TCAP..... | 31 |
| 3.2.3 | Aspectos clínicos e complicações sistêmicas do TCAP..... | 32 |
| 3.2.3.1 | Compulsão alimentar periódica (CAP), Depressão e Ansiedade..... | 33 |
| 3.2.3.2 | CAP e Insatisfação corporal | 35 |
| 3.2.3.3 | CAP e Substâncias psicoativas..... | 36 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 37 |
| 4.1 | Recursos humanos..... | 37 |
| 4.2 | Aspectos éticos..... | 37 |
| 4.3 | Delineamento da pesquisa..... | 37 |
| 4.4 | Instrumentos aplicados..... | 39 |
| 4.4.1 | Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)..... | 39 |
| 4.4.2 | Inventário Beck para Depressão (BDI)..... | 40 |
| 4.4.3 | Inventário Beck para Ansiedade (BAI)..... | 41 |
| 4.4.4 | Body Shape Questionnaire (BSQ)..... | 42 |
| 4.4.5 | Questionário sócio-demográfico e comportamental..... | 42 |
| 4.5 | Descrição e categorização das variáveis..... | 43 |
| 4.6 | Registros excluídos do banco de dados..... | 50 |
| 4.7 | Análise estatística..... | 50 |
| 4.7.1 | Análise descritiva e exploratória dos dados..... | 51 |
| 4.7.2 | Análise bivariada..... | 52 |
| 4.7.3 | Regressão logística..... | 54 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 5 | RESULTADOS..... | 57 |
| 5.1 | Análises descritiva e exploratória dos dados..... | 60 |
| 5.2 | Análise bivariada..... | 71 |
| 5.2.1 | Compulsão alimentar periódica | 71 |
| 5.2.2 | Depressão | 80 |
| 5.2.3 | Ansiedade | 89 |
| 5.2.4 | Insatisfação corporal | 98 |
| 5.3 | Modelos de regressão logística..... | 107 |
| 6 | DISCUSSÃO..... | 112 |
| 6.1 | Modelo de Compulsão alimentar periódica..... | 113 |
| 6.2 | Modelo de Depressão..... | 115 |
| 6.3 | Modelo de Ansiedade..... | 116 |
| 6.4 | Modelo de Insatisfação corporal | 117 |
| 6.5 | Síntese final dos modelos construídos..... | 119 |
| 7 | LIMITAÇÃO DO ESTUDO..... | 120 |
| 8 | CONCLUSÃO..... | 121 |
| | REFERÊNCIAS..... | 122 |
| | APÊNDICES..... | 138 |

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a percepção, a valorização e a representação cultural sobre os corpos foram sendo modificadas. A partir do século XX, padrões socialmente dominantes colocaram a juventude, as formas retilíneas e a magreza como ideais de beleza (CRUZ et al., 2008; PELEGRINI, 2008).

Os meios de comunicação de massa — como televisão, revistas e jornais — influenciam fortemente a construção dos estilos de vida no mundo contemporâneo (DAMICO; MEYER, 2006). Segundo Garcia (2005), na busca do ideal de beleza, sucesso e felicidade, as pessoas incorporam ao cotidiano a prática de atividade física, o consumo de cosméticos, alimentos dietéticos, cirurgias, implantes, próteses, tratamentos, medicamentos e marcas corporais (tatuagens, piercing, brincos, etc.).

Autores que discutem as sociedades contemporâneas pela ótica da economia defendem a ideia de que a esfera do consumo vem, cada vez mais, se antepondo à esfera da produção (SILVA, 2001; GONZAGA; WEINBERG, 2005). Para Castro (2003), o capitalismo teria sido responsável pela padronização das consciências e de comportamentos diferenciados em relação ao consumo. Segundo o autor, as pessoas usariam as mercadorias para criar vínculos, obter prestígio e estabelecer distinções sociais, demarcando grupos e estilos de vida.

Na busca do corpo “perfeito” e na esperança de se alcançar a “felicidade”, observa-se ainda o aumento do consumo de substâncias químicas, tais como psicotrópicos — antidepressivos, tranquilizantes, estimulantes e, em especial, inibidores de apetite — alimentos dietéticos, compostos alimentares e diversas fórmulas químicas vendidas como alternativas, complementares e balanceadas (ALMEIDA et al., 2005; FERREIRA, 2008; SCHNEIDER; SILVA, 2001).

Um trabalho fundamental de Boltanski (1979) abordou, de forma precisa, a noção do uso social do corpo como objetivação do gosto de classe. Os hábitos corporais corresponderiam ao conjunto de condutas próprias de comportamentos ligados a uma posição de classe, sendo os hábitos sociais e gostos culturais inscritos num comportamento próprio que funcionaria como uma forma de distinção social.

Segundo Goldenberg (2005), o corpo ocupa um lugar de destaque no processo de diferenciação progressiva e hierarquizada da vida social. Assim, certos atributos e comportamentos são valorizados em detrimento de outros, fazendo com que haja um corpo ideal para cada sociedade. Esse corpo, que pode variar de acordo com o contexto histórico e

cultural, é individualmente construído por meio da imitação prestigiosa: os sujeitos imitam atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito e que foram bem-sucedidos.

Para Ferreira (2008), uma multiplicidade de processos de diferentes origens se reproduz e se distingue, fazendo da construção da imagem do corpo, hoje, não apenas uma forma de controle social que se manifesta diretamente, como também um fenômeno ligado à produção de subjetividade e à estratégia de mercado que visa atender aos desejos de metamorfose corporal.

A imagem corporal seria, então, uma forma de capital que define e é definida pelo meio social: por intermédio dela se produzem novos códigos e se reproduzem antigos indicadores de valorização e *status*. Suas possibilidades estéticas permitem transitar por diferentes posições na hierarquia social, alterando e definindo trajetórias afetivas, pessoais, profissionais ou sociais, criando novos espaços de sociabilidade e produzindo novas formas de distinção (GARCIA, 2005).

Nessa perspectiva, a beleza passa a ser vendida como uma possibilidade para todos: cada parte do corpo deve ser cultivada de acordo com os ditames da moda. Reforçando a responsabilidade que cada um tem sobre si e levando todos a consumir bens e serviços vinculados ao padrão estético e comportamental dominantes, este movimento aponta para o que está, de forma privilegiada, no centro da questão do corpo: sua aparência (GOLDENBERG et al., 2002; SANT' ANNA, 2000).

O culto ao corpo é compreendido como uma forma de consumo cultural e uma das dimensões dos estilos de vida dos indivíduos, ao qual corresponderiam outras escolhas realizadas no grande *shopping* de estilos que marca o mundo contemporâneo. Este comportamento configura-se como uma moda e, como tal, coage, impondo padrões e normas; paradoxalmente, permite a manifestação de um gosto pessoal, demonstrando a singularidade do indivíduo que dela se apropria e a reelabora (KATZMARZYK; DAVIS, 2001; SINGH; SINGH, 2006).

Assim, os indivíduos das sociedades contemporâneas, ao buscarem construir suas identidades, estabelecem distinções sociais por meio de “escolhas” que vão formatando uma variedade de estilos de vida. Contudo, vale esclarecer que esse processo não é livre de pressões e limites impostos socialmente. O culto ao corpo constitui, nas sociedades contemporâneas, um comportamento resultante de coerções sociais; basta lembrarmos as situações de desprezo e o desprestígio experimentado pelos obesos em nossa sociedade (TURNER et al., 1997; ALMEIDA et al., 2005; GARCIA, 2005).

Simultaneamente a este ideal de beleza hoje dominante, diversificaram-se as atividades no setor da alimentação – *fast-food*, condimentos, alimentos industrializados, preparações altamente calóricas – satisfazendo os gostos de indivíduos de diferentes níveis sociais e, contraditoriamente, favorecendo o aumento de peso. Assim, a obesidade ganha, então, uma nova dimensão: torna-se um problema de saúde pública e sai da polaridade feio x bonito ou aceito x excluído, para entrar na questão morbidade x saúde. Os obesos experimentam sentimentos de exclusão social e baixa autoestima que potencializam ainda mais a compulsividade, ansiedade, insatisfações sexuais e outros temores, aspectos clínicos frequentemente observados nesses indivíduos (PRIORE; FREIRE, 2005; FERREIRA, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

Considerando as evidências de que, frente ao ideal de beleza imposto pela contemporaneidade, muitos jovens sejam afligidos por sentimentos de vergonha, baixa autoestima, insatisfação corporal e maior vulnerabilidade a problemas alimentares e emocionais, este trabalho exploratório teve como objetivo investigar a prevalência de:

- a) Compulsão alimentar periódica;
- b) Síndrome depressiva;
- c) Síndrome ansiosa; e
- d) Insatisfação corporal;

bem como verificar suas possíveis associações entre si, ao consumo de substâncias psicoativas e a outras variáveis sócio-demográficas e comportamentais entre estudantes dos cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Transtornos alimentares (TA)

Os TA são síndromes comportamentais caracterizadas por severas alterações ligadas à ingestão de alimentos e estão fortemente relacionadas ao peso, à imagem e à forma corporais (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; SILVA; PAEGLE, 2006; PACCOLA, 2006; SILVA; PONTIERE, 2008; DUNKER et al., 2009).

3.1.1 Histórico e classificação diagnóstica dos TA

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (privação, ausência). A denominação “anorexia nervosa” (AN) como entidade nosológica definida foi utilizada tanto pelo psiquiatra francês Ernest–Charles Lasègue quanto pelo médico inglês Sir William Gull. Baseando-se em achados de oito pacientes, Lasègue, no ano de 1873, publicou o trabalho *L’ anorexie hystérique*, enfatizando os aspectos emocionais da doença, as características relativas à insegurança pessoal, à negação da doença e à contribuição familiar para o desenvolvimento dos sintomas. Já Gull, em seu trabalho *Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)*, de 1874, relatou o caso de três pacientes que apresentavam uma forma particular de doença, presente principalmente em mulheres, caracterizada por intensa perda de peso, amenorreia, constipação intestinal, inquietação, edema, hipotermia, sem evidência patológica subjacente (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; CORDÁS, 2004; NUNES et al., 2006).

O termo bulimia deriva do grego “*bous*” (boi) e “*limos*” (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem “comer um boi”, ou quase. A Bulimia Nervosa (BN) foi descrita pela primeira vez por Gerald Russell, no ano de 1979, em um artigo chamado *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*, que visava distinguir a BN da AN. Neste trabalho, Russell descreveu trinta pacientes que, embora estivessem acima do peso, fossem sexualmente ativas e tivessem um ciclo menstrual regular, estavam determinadas a manter um peso ideal abaixo de um limiar autoimposto; curiosamente, apenas metade delas apresentava história anterior de AN. Além disso, ele propôs o reconhecimento deste transtorno como uma nova síndrome, com três critérios diagnósticos básicos: impulso irresistível de comer excessivamente, desvio dos efeitos “de engordar” da comida pela

indução de vômitos e/ou abuso de purgativos e medo mórbido de engordar (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; CORDÁS, 2004; NUNES et al., 2006).

Na abordagem destes TA, os atuais sistemas classificatórios — DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV Edition*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição) — definiram critérios, como a preocupação mórbida com o risco de engordar e as alterações na percepção corporal, como achados fundamentais para a identificação destas síndromes.

Todos os critérios diagnósticos para a identificação da AN e BN, propostos por estes dois sistemas classificatórios, estão descritos nos quadros 1 e 2, apresentados abaixo:

QUADRO 1 Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa, segundo o DSM-IV e a CID-10

| DSM-IV | CID-10 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Anorexia Nervosa</p> <p>a) – Recusa a manter peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso, levando a manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).</p> <p>b) – Medo intenso de ganhar peso, ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.</p> <p>c) – Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma corporal, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso atual.</p> <p>d) – Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno).</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo restritivo - Tipo compulsão periódica/ purgativo | <p style="text-align: center;">Anorexia Nervosa</p> <p>a) – O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado), ou Índice de Massa Corporal em 17,5 ou menos.</p> <p>b) – A perda de peso é autoinduzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos autoinduzidos, exercício excessivo, uso de anorexígenos e/ou diuréticos.</p> <p>c) – Há uma Imagem Corporal Distorcida na forma de psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste com uma ideia intrusiva e valorizada e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.</p> <p>d) – Um transtorno endócrino generalizado, envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário gonadal, que é manifestado em mulheres como amenorreia e em homens, como perda do interesse ou potência sexual (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como pílula contraceptiva).</p> <p>e) – Se o início é puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorreia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis).</p> |

FONTE: DSM-IV (APA, 1995) e CID-10 (OMS, 1993).

QUADRO 2 Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa, segundo o DSM-IV e a CID-10

| DSM-IV | CID-10 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Bulimia Nervosa</p> <p>a) – Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) – Ingestão, em um período delimitado de tempo (por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares. 2) – Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou o quanto está comendo). <p>b) – Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios físicos excessivos.</p> <p>c) – A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por uns três meses.</p> <p>d) – A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.</p> <p>e) – O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.</p> <p>Especificar tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo purgativo - Tipo sem purgação | <p style="text-align: center;">Bulimia Nervosa</p> <p>a) – Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimentos são consumidas em um curto período de tempo.</p> <p>b) – O paciente tenta neutralizar os efeitos “de engordar” dos alimentos por meio de de uma ou mais características que se seguem: vômitos autoinduzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição, uso de drogas, tais como anorexígenos, preparados tireoideanos ou diuréticos. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.</p> <p>c) – A psicopatologia consiste em um pavor mórbido de engordar, e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo de seu peso pré - mórbido, que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há frequentemente, mas não sempre, uma história de um episódio prévio de Anorexia Nervosa, o intervalo entre os dois transtornos variando de poucos meses a vários anos. Esse episódio prévio pode ter sido completamente expressado ou pode ter assumido uma forma “disfarçada” menor, com uma perda de peso moderada e/ou uma fase transitória de amenorreia.</p> |

FONTE: DSM-IV (APA, 1995) e CID-10 (OMS, 1993).

Entretanto, várias considerações em relação aos critérios diagnósticos da AN e BN foram evidenciadas (BEGLIN; FAIRBURN, 1992; GARFINKEL et al., 1995; VAN DER HAM et al., 1997; EDDY et al., 2002; BJÖRCK et al., 2007) e discutidas (CLAUDINO; BORGES, 2002; CORDÁS, 2004; PACCOLA, 2006; SILVA; PAEGLE, 2006; WIFLEY et al., 2007) ao longo dos tempos. Em relação à AN, conforme referido por Claudino e Borges (2002), embora a perda de peso autoinduzida seja necessária para o diagnóstico, não há

consenso nem estudos que comprovem a relação do peso “minimamente normal” ou “abaixo do normal” e a correlata instalação dos sintomas de inanição.

De acordo com o DSM-IV (APA, 1995) e a CID-10 (OMS, 1993), o medo intenso ou mórbido de engordar representa o aspecto psicopatológico central da AN. Porém, autoras como Claudino e Borges (2002) e Paccola (2006) sugerem que diferenças transculturais podem levar à existência de AN sem fobia de peso. Além disso, pode haver dificuldade de se avaliar tal aspecto em algumas pacientes que, porventura, escondam o medo de engordar ou mesmo mascarem alguns sintomas.

A disfunção endócrina — especialmente do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal — responsável por causar amenorreia em mulheres e perda do interesse e potência sexual em homens, permanece como um critério controverso, em risco de exclusão. Conforme relatado por Wilfley et al. (2007), existem muitos estudos demonstrando que a amenorreia não foi observada em algumas pacientes que apresentaram todos os demais critérios de AN; além disso, outras pacientes tiveram amenorreia antes de haverem tido perda importante de peso.

Segundo Cordás (2004), diferentes estudos teriam evidenciado que o subtipo purgativo de AN, quando comparados ao subtipo restritivo, estaria mais associado a Transtornos de Personalidade e comportamentos impulsivos — tais como tentativas de suicídio, automutilação, cleptomania, abuso de substâncias. Pesquisas com períodos de seguimento mais longos, no entanto, não evidenciaram alterações significativas entre os dois subtipos; assim sendo, os autores indagaram se estes subtipos não seriam apenas estágios evolutivos de uma mesma doença (VAN DER HAM et al., 1997; EDDY et al., 2002).

Sobre a BN, embora exista um consenso na literatura quanto à necessidade da presença da “compulsão alimentar” para o diagnóstico, Claudino e Borges (2002) e Wilfley et al. (2007) discutem se não seriam arbitrárias as definições de frequência de duas vezes por semana e duração mínima de três meses dos episódios de compulsão e dos métodos compensatórios que os acompanham. Segundo estes autores, a definição da recorrência do comportamento, se baseou nos padrões médios de frequência, extraídos de estudos clínicos e na comunidade, e visou excluir situações de menor gravidade, isto é, pacientes com menor frequência de episódios compulsivos. No entanto em estudo comunitário realizado no Canadá, Garfinkel et al. (1995) não encontraram diferenças clínicas relevantes entre pacientes com apenas um ou com mais de um episódio semanal, apontando a necessidade de se esclarecer melhor este ponto de corte.

Embora o DSM-IV (APA, 1995) descreva a compulsão com base em dois aspectos — ingestão, em um período limitado de tempo de uma quantidade de alimentos definitivamente

maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares; e um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio — autores, como Beglin e Fairburn (1992), sugerem que, em virtude da variação individual para a quantidade considerada “grande”, o componente “perda de controle” identificaria melhor a compulsão alimentar do que o “excesso alimentar” por si só. Tal achado reforça a discussão de Claudino e Borges (2002), Wilfley et al. (2007) quanto à avaliação de que os episódios de compulsão alimentar continuam a manter certa subjetividade inerente à de quem julga o episódio.

Mesmo classificados separadamente, a AN e a BN acham-se intimamente relacionadas por apresentarem um aspecto psicopatológico comum: a ideia prevalente, envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Conforme descrito do DSM-IV (APA, 1995) e CID-10 (OMS, 1993), tais pacientes costumam julgar a si mesmos, baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos. Björck et al. (2007), no entanto, consideram que a dimensão afetiva negativa, ligada à imagem corporal e às deficiências na regulação da autoestima, pode agravar tal insatisfação.

3.1.2 Teorias etiológicas dos TA

Desde a primeira descrição da AN na literatura médica, os modelos etiológicos dos TA passaram por diversas fases. Assim, conforme descrito por Silva e Paegle (2006) e por Paccola (2006), aquilo que era entendido, basicamente, como sendo determinado por fatores exclusivamente biológicos ou exclusivamente psicológicos, passou a ser reconhecido, atualmente, como de determinação multifatorial e complexa: distintos fatores interagem de modo a desencadear e, muitas vezes, perpetuar o problema.

Autores, como Faria e Shinohara (1998), Ribeiro et al. (1998), Morgan et al. (2002) e Nunes et al. (2006), relatam haver evidências crescentes acerca da presença e interação entre fatores individuais, familiares, socioculturais, biológicos e psicológicos no desenvolvimento destes transtornos.

Mosher e Danoff-Burg (2008) e Cooper et al. (2008) concluíram que as emoções — incluindo sentimentos de baixa autoestima, autoavaliação negativa e sintomas depressivos — seriam importantes fatores de risco para o desenvolvimento dos TA. Complementando tal raciocínio, Dingemans et al. (2009), ao avaliar o papel das emoções negativas e sintomas

compulsivos em amostra de indivíduos com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), observaram existir relação linear entre humor reprimido, grandes ingestões alimentares e elevados níveis de depressão.

Segundo a revisão de Faria e Shinohara (1998), em pacientes com AN, seria comum o achado de traços de personalidade, tais como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão. Ainda de acordo com estas autoras, sujeitos com AN tendem a ser obedientes, bons alunos e excelentes atletas. A restrição da alimentação poderia representar uma sensação de controle em determinadas áreas das vidas destes indivíduos. Já as características, como sociabilidade, comportamento gregário, comportamentos de risco e impulsividade, seriam fortemente identificadas em pessoas com BN e TCAP.

Eisler (2005), bem como Lilenfeld et al. (2008), indicaram que a influência familiar atuaria fortemente na gênese dos TA. Strober et al. (2000) observaram que parentes em primeiro grau de indivíduos com AN apresentam uma chance onze vezes maior de desenvolver o transtorno do que parentes de indivíduos saudáveis; ainda neste estudo, foi observado que o risco de desenvolvimento de BN foi quatro vezes maior entre familiares. Para Eisler (2005), a terapia familiar exerceria grande influência na diminuição dos sintomas verificados nestes pacientes. Intensificando tal abordagem, Morgan et al. (2002) referiram-se, em sua revisão, aos resultados de uma pesquisa longitudinal que avaliou recém-nascidos e seus pais no que diz respeito a fatores de risco para o desenvolvimento de problemas alimentares na infância e evidenciou que a insatisfação corporal da mãe, a internalização do ideal de magreza, o comportamento de fazer dieta, os sintomas bulímicos e o maior índice de massa corporal da mãe e/ou do pai aumentaram a chance de aparecimento de problemas alimentares na infância e contribuiriam para o risco de TA no futuro.

Na cultura ocidental, o peso e a forma do corpo tornaram-se importantes referenciais da imagem humana (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006). Vindo ao encontro desses valores, as dietas restritivas e cirurgias plásticas transmitem a ilusão de que o corpo é infinitamente maleável (CASTRO, 2003). Uma vez que o ideal de magreza proposto é uma impossibilidade biológica para a maioria das pessoas, a insatisfação corporal tem se tornado cada vez mais comum, nomeadamente entre mulheres. A não correspondência a esse ideal de corpo pode contribuir para acentuar sentimentos negativos, tais como vergonha, baixa autoestima, insatisfação corporal e maior vulnerabilidade a problemas alimentares. Turner et al. (1997), ao analisarem o impacto da exposição a imagens de revistas sobre a satisfação com a própria imagem corporal por parte de estudantes do sexo feminino, observaram que, depois de determinado tempo visualizando revistas de modas, as estudantes — quando comparadas a

um grupo de colegas de peso semelhante, mas que observaram outros tipos de revistas — sentiram-se mais insatisfeitas com sua imagem corporal. Estas ainda demonstraram sentirem-se mais culpadas com relação às suas atitudes e aos seus comportamentos alimentares, apresentando maior desejo de perder peso.

Diversos autores têm evidenciado (NUNES et al., 2001; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; GRAUP et al., 2008) e discutido (CASTRO, 2003; NUNES et al., 2006) o fato de que muitas mulheres, ao buscar um corpo ideal — inatingível para a maioria — experimentam a discrepância entre o real e o imaginário e podem vir a desenvolver uma insatisfação corporal, com possível evolução para transtornos alimentares e/ou outros transtornos mentais e de comportamento.

A dieta mal equilibrada e restritiva para perda de peso parece gerar um ciclo vicioso e patológico que se autoperpetua no desenvolvimento dos TA. Prova disso foram os dados extraídos por Keys et al. (1950) em uma experiência clássica com voluntários saudáveis, submetidos a um período de restrição alimentar prolongado, em que foi identificada a presença aumentada de sintomas psicológicos e físicos, como irritabilidade, depressão, ansiedade, urgência para comer, pensamentos obsessivos em relação à comida, apatia e instabilidade emocional.

3.1.3 Aspectos epidemiológicos dos TA

Os TA foram inicialmente descritos em mulheres jovens, brancas, pertencentes à elite e residentes em países ricos; todavia, conforme relatado por Gonzaga e Weinberg (2005), têm sido crescentes os relatos de TA em diferentes países e etnias.

De acordo com o DSM-IV (APA, 1995), em mulheres, a taxa de prevalência para a AN varia de 0,5% a 1,0% e de 1,0% a 3,0% para a BN; entre os homens, a taxa é muito menor. Conforme revisado por Vilela (2000), a AN é uma enfermidade predominantemente adolescente, e o momento de maior risco de desenvolvimento coincide com a faixa etária de 10 a 24 anos. Já a BN tem o seu começo mais tardio, em torno de 16 a 19 anos, embora não seja incomum que ela ocorra na terceira ou quarta década da vida.

Em revisão sistemática de 12 estudos de incidência cumulativa, Pawluck e Gorey (1998) evidenciaram uma incidência média anual de AN na população, em geral, de 18,5 por 100.000 (DP= 21,01) entre mulheres e de 2,25 por 100.000 (DP= 2,63) entre homens. Já a estimativa de incidência da BN, observada por estes autores, foi de 28,8 (DP= 29,7) nas mulheres e de 0,8 (DP= 0,0) em homens. Conforme observado por Woodside et al. (2001), os

TA apresentam uma prevalência média de relação homem-mulher variando de 1:11,4. De acordo com revisão de Pinzon e Nogueira (2004), essa diferença diminui entre indivíduos mais jovens, na qual os meninos poderiam representar 19% a 30% dos casos de AN.

Feldman e Meyer (2007), ao comparar a prevalência de TA em populações de heterossexuais, homossexuais e bissexuais, verificaram aumento significativo destes transtornos entre populações de homossexuais e bissexuais masculinos. Bruin et al. (2009), por sua vez, ao avaliarem ginastas e dançarinas, observaram que a pressão para obtenção e manutenção do corpo magro e a baixa autoestima são fatores de risco potenciais ao desenvolvimento de AN e BN.

Com relação à taxa de incidência da AN e BN, há uma grande controvérsia entre os diversos pesquisadores: enquanto alguns apontam para o aumento destas taxas (DUNKER; PHILLIPI 2003, ABREU; CARDOSO 2008, ANTCZAK; BRININGER 2008, ROZTOCZYNSKA; STARZYK 2009), outros discutem que elas se mantêm estáveis ao longo do tempo (MORGAN; AZEVEDO, 1998; HOEK; HOEKEN, 2003; HAY et al., 2008). Ao passo que Dunker e Phillipi (2003) acreditam que o aumento significativo dos casos diagnosticados deva-se, de fato, a um aumento da incidência destes transtornos, Morgan e Azevedo (1998) alegam que o número de casos identificados aumentou, em função de uma melhoria na prestação de serviços médicos e de diagnósticos mais apurados.

Em estudo que comparou as taxas de incidência de transtornos alimentares em cidades e áreas rurais da Holanda, Hoek et al. (1995) evidenciaram que, independente do nível de urbanização da região estudada, a incidência de AN foi relativamente estável, enquanto a BN apresentou incidência diretamente proporcional ao grau de urbanização, chegando a ser aproximadamente seis vezes maior nas cidades do que nas áreas rurais.

Observa-se, portanto, que a variabilidade dos resultados dos diversos estudos epidemiológicos nesta área parece decorrer de diversos fatores, dentre os quais, a população escolhida, os instrumentos, os critérios diagnósticos utilizados na pesquisa, entre outros.

3.1.4 Aspectos prognósticos dos TA

Conforme abordado na revisão de Nunes et al. (2006), existem poucos estudos prospectivos e revisões sistemáticas sobre a evolução dos TA a longo prazo. Da mesma forma, Pizon e Nogueira (2004) consideram limitado o conhecimento acerca do curso natural destes transtornos e discutem que os estudos focados nestes aspectos são marcados por várias

diferenças, o que, desta forma, torna difícil a tarefa de comparação e compilação de dados em metanálises, ainda com risco de gerar resultados inconsistentes.

Conforme referido por Faria e Shinohara (1998), a taxa de mortalidade resultante dos TA é de aproximadamente 10%. Os indivíduos mais jovens, que tiveram menor número de hospitalizações, menor duração da doença antes do tratamento, que são motivados para o atendimento e que contam com boa rede social de suporte são descritos por Pizon e Nogueira (2004) e Araújo (2007) como menos susceptíveis à evolução do quadro. Já a duração prolongada da doença, seu início tardio, a presença de sintomas bulímicos, as relações familiares problemáticas, o estado marital (casado), o baixo peso na alta hospitalar, a sintomatologia mais severa, a frequência aumentada de vômitos no início do quadro, as flutuações extremas de peso, a impulsividade, a baixa autoestima, a conduta suicida e os transtornos comórbidos associados, como exemplo, o uso de substâncias psicoativas, são fatores de mau prognóstico comumente descritos.

A desnutrição é uma das principais complicações da AN e pode, segundo Faria e Shinohara (1998), comprometer órgãos vitais, como o coração e o cérebro. Ainda de acordo com estas autoras, o organismo, para se defender, reduz sua atividade: há interrupção da menstruação, diminuição da frequência respiratória, pulso e pressão arterial e menor desempenho da glândula da tireóide. Na maioria das vezes, o enfraquecimento de unhas e cabelos, o ressecamento da pele, bem como o desenvolvimento de anemia, inflamação das articulações e redução da massa muscular, são também observados em pacientes anoréxicos.

A autoindução de vômito, ocorrida na BN, pode provocar desde desgaste do esmalte dos dentes, inflamação do esôfago e intumescimento das glândulas salivares até, em casos mais raros, ruptura do estômago; podendo resultar em insuficiência cardíaca por perda de minerais essenciais, como o potássio. Geralmente, as pessoas que apresentam TCAP têm excesso de peso e podem apresentar graves problemas médicos, tais como obesidade, aumento de colesterol, hipertensão arterial e diabetes (FARIA; SHINOHARA, 1998).

Moya (2004), Pizon e Nogueira (2004) revelam que, após intervenções terapêuticas, as taxas de recuperação completa de AN ficam em torno de 50%; as de recuperação intermediária, em torno de 30%; e as de recuperação desfavorável, em 20%. Os índices de recaída situam-se em torno de 12% a 27%, com taxa de cronicidade aproximada de 20%. Embora as pesquisas com BN ainda tenham pouco tempo de seguimento, a evolução parece ser mais favorável do que a AN. Conforme descrito por Moya (2004), Pizon e Nogueira (2004), Araújo (2007), os índices de recuperação total permanecem entre 50% e 70%, após

períodos de acompanhamento e manejo terapêutico. Todavia, as taxas de recaída situam-se em torno de 30% a 50%.

Fairburn et al. (2000) identificaram, em estudo com 5 anos de seguimento, que, mesmo depois do tratamento, metade a dois terços das pacientes com BN da sua amostra apresentavam, ao longo das diferentes avaliações, algum sintoma clinicamente significativo de compulsão alimentar. Tais achados vieram ao encontro dos resultados da maioria dos trabalhos, que apontam a BN como uma patologia duradoura e com múltiplos episódios de remissão e recaídas, mesmo que a definição desses termos permaneça sem consenso entre os pesquisadores.

3.2 Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)

A compulsão alimentar — ou em inglês *binge eating* — é um comportamento específico, caracterizado por um excesso alimentar e associado à perda de controle e à ausência de métodos inapropriados para manutenção do peso corporal, como no caso de indução de vômitos, uso de laxantes, etc. (BORGES; JORGE, 2000; FREITAS et al., 2001; VILLELA; CRUZ, 2003; AZEVEDO et al., 2004; APPOLINÁRIO, 2004; FONTENELLE et al., 2005; GELIEBTER et al., 2005; BROWNLEY et al., 2007). No entanto para a completa definição do diagnóstico é necessário haver presença de algumas características comportamentais: ingestão de grande quantidade de alimentos, mesmo quando não se está com fome; comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade consumida; sentir repulsa, culpa ou intensa tristeza após comer demais (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; FREITAS et al., 2001; COLLETY, 2005; ESPÍNDOLA; BLAY, 2006, PETRIBU et al., 2006; BROWNLEY et al., 2007; LAESSLE; SCHULZ, 2009).

3.2.1 Histórico e classificação diagnóstica do TCAP

A compulsão alimentar foi descrita pela primeira vez por Hamburger (1957) como um sintoma psiquiátrico relacionado à obesidade, caracterizada por um tipo de hiperfagia frequente e incontrolável, especialmente por refinados — como doces e chocolates. Ao analisar indivíduos obesos, Stunkard (1959), em pesquisa clássica intitulada “*Eating patterns and obesity*”, observou que existia, em um dos subgrupos avaliados, uma alteração no comportamento alimentar, caracterizada por ingestão de enormes quantidades de alimentos

em um pequeno intervalo de tempo, geralmente relacionada a um evento precipitador específico e acompanhada por severo desconforto e autorreprovação.

Em 1970, Kornhaber descreveu a “síndrome do empazamento” entre pacientes obesos, caracterizada por hiperfagia, retraimento e depressão. Borges e Jorge (2000) e Silveira (2004) salientaram que os primeiros critérios diagnósticos da Síndrome da Compulsão Alimentar, descrita por Wermuth et al. no ano de 1977, foram os seguintes: a) ingestão rápida, impulsiva, episódica e sem controle de grandes quantidades de alimentos em um tempo relativamente curto; b) término do episódio ocorre apenas quando existe desconforto físico; c) sentimentos frequentes de culpa, desprezo por si e remorso após o acontecimento.

Na década de 1990, Spitzer et al. publicaram dois grandes estudos multicêntricos fundamentais para a validade diagnóstica do TCAP. Em 1994 esta síndrome foi incluída no apêndice B do DSM-IV (APA, 1995) como uma nova categoria diagnóstica, sob a forma de transtornos que ainda necessitavam de maiores estudos para melhor caracterização. Todos os critérios diagnósticos para a identificação do TCAP, conforme o apêndice B DSM-IV (APA, 1995), estão apresentados no quadro abaixo (Quadro 3):

QUADRO 3 Critérios diagnósticos para Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, segundo o DSM-IV

| Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica – (Critérios diagnósticos oferecidos para estudo no apêndice B do DSM-IV) |
|--|
| <p>a) – Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado pelos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) – Ingestão em um período delimitado de tempo (por ex., dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares. 2) – Um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de não conseguir parar ou controlar o que ou o quanto se está comendo). <p>b) – Os episódios de compulsão alimentar periódica estão associados com três (ou mais) dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) – Comer muito mais rapidamente que o normal. 2) – Comer até sentir-se incomodamente repleto. 3) – Comer grandes quantidades de alimentos, quando não fisicamente faminto. 4) – Comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade que consome. 5) – Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente. <p>c) – Acentuada angústia devido à compulsão periódica.</p> <p>d) – A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos 2 dias por semana, por 6 meses.</p> <p>e) – A compulsão periódica não está associada com o uso regular de comportamentos de compensatórios inadequados (por ex., purgação, jejuns, exercícios excessivos), nem ocorre exclusivamente durante o curso da Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.</p> |

FONTE: DSM-IV (APA, 1995).

Embora, nos últimos anos, um número considerável de publicações tenha se dedicado a entender as diferentes interfaces entre TCAP e obesidade, alguns autores questionam a sua representatividade como síndrome clínica autônoma, sugerindo incluí-lo como um novo critério diagnóstico dos demais TA. Dessa forma, enquanto alguns autores consideram o TCAP somente como uma versão atenuada da BN sem purgação (FAIRBURN et al., 2000; FONTENELLE et al., 2005; RAMACCIOTTI et al., 2005; ESPÍNDOLA; BLAY, 2006), outros consideram-no uma síndrome independente, o que permitiria considerá-lo enquanto categoria diagnóstica específica (SPITZER et al., 1992; SPITZER et al., 1993; GRILO et al., 2009; PETERSON et al., 2010).

3.2.2 Aspectos epidemiológicos do TCAP

Com a participação de 1984 indivíduos, Spitzer et al. (1992) realizaram o primeiro estudo multicêntrico sobre o TCAP, intitulado *Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria*. A prevalência de TCAP observada foi de 30,1% de sujeitos oriundos de amostras de programas de perda de peso (31,9% em mulheres e 20,3% em homens); 2% em amostras da comunidade (2,5% mulheres e 1% em homens) e 71,2% em amostras de comedores compulsivos. Num segundo estudo multicêntrico — “*Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study*” — que envolveu 2.727 sujeitos, taxas semelhantes foram encontradas: 29% de pacientes em programas de perda de peso, 4,6% na amostra da comunidade e 2,6% de estudantes no colegial preencheram os critérios posteriormente assumidos pelo DSM-IV (SPITZER et al. 1993).

No Brasil, Appolinário et al. (1995), Borges (1998) e Coutinho (2000), encontraram, entre os indivíduos que procuraram tratamento para emagrecer, uma prevalência de TCAP entre 15,0% e 22,6%; um estudo com pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica identificou 56,7% de sujeitos com TCAP (PETRIBU et al. 2006). Ao aplicar a escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) em universitárias do Rio Grande do Sul, Vitolo et al. (2005) encontraram uma prevalência de compulsão alimentar de 18,1%. Em adolescentes — 11 a 18 anos — acima do peso, uma taxa de 41% foi verificada por Coletty e Assumpção Júnior (2005).

Conforme o DSM-IV (APA, 1995), a prevalência geral de TCAP em amostras comunitárias é de aproximadamente 0,7% a 4%, enquanto que, em amostras extraídas de programas para o controle do peso, esta taxa aumenta significativamente, podendo variar entre 15% e 50%. As mulheres apresentam taxas 1,5 vez maior do que os homens; e o início

deste transtorno ocorre, predominantemente, ao final da adolescência ou na faixa etária dos vinte anos.

3.2.3 Aspectos clínicos e complicações sistêmicas

De acordo com Appolinário e Claudino (2000), Villela e Cruz (2003) e Azevedo et al. (2004), grande parte dos pacientes com TCAP são obesos; muitos apresentam acentuada história de flutuações de peso, conforme referido por Spitzer et al. (1993). Segundo Dobrow et al. (2002), Engel et al. (2009), Laessle e Schulz (2009) e Peterson et al. (2010), o estresse é um dos principais fatores ligados ao aumento da compulsão alimentar e, conseqüentemente, ao ganho de peso.

Appolinário et al. (1995), Borges (1998), Coutinho (2000), Mattos et al. (2002), Siqueira et al. (2005), Petribu et al. (2006), Passos et al. (2008) relatam que, em geral, os comedores compulsivos apresentam pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, maior número de tentativas mal sucedidas de adesão a dietas, maior dificuldade para perder peso, pior manutenção do peso perdido e maior taxa de abandono dos tratamentos que os demais obesos. Azevedo et al. (2004), Fontenelle et al. (2005), Espíndola e Blay (2006), Duchesne et al. (2007) e Laessle e Schulz (2009) discutem, ainda, que indivíduos com TCAP apresentam elevados índices de perfeccionismo, impulsividade, autodesprezo, isolamento social e pensamentos dicotômicos (do tipo “tudo ou nada”). Tais indivíduos, conforme evidenciado por Mattos et al. (2002), Coletty; Assumpção Júnior (2005), Fairburn et al. (2007) e discutido por Araújo et al. (2009), são mais vulneráveis aos quadros depressivos e ansiosos. Além de abusarem mais de psicoativos (GRILLO et al. 2002; BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006; KRUG et al. 2008), possuem pior qualidade de vida (BAPTISTA et al. 2008) e apresentam uma extrema preocupação e insatisfação com a forma corporal (CORDÁS; NEVES, 1999; MATTOS et al., 2002; HRABOSKY et al. 2007).

Como a obesidade é uma doença comum nesta população, vários problemas decorrentes dela são frequentemente evidenciados, como, por exemplo, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia, que são clássicos fatores de risco cardiovascular. Além disso, esta doença pode predispor a certos tipos de câncer, distúrbios respiratórios e músculo-esqueléticos (GIGANTE et al., 1997; CONTI et al., 2005; FERREIRA, 2006)

3.2.3.1 Compulsão alimentar periódica (CAP), Depressão e Ansiedade

A depressão é um transtorno mental universal e pode ser caracterizada como leve, moderada ou grave (OMS, 1993). Alteração do humor (tristeza, culpa), busca por isolamento, dificuldade de concentração, redução da autoestima, queixas físicas (sono, alimentação, sexo), aumento de ideias pessimistas e suicidas são as principais perturbações descritas nos episódios depressivos (WERUTSKY, 1999; BAPTISTA et al., 2008). Este transtorno manifesta-se em ambos os sexos, em qualquer idade ou classe social. Porém é mais frequente entre mulheres, e o primeiro episódio ocorre, geralmente, na adolescência ou no início da vida adulta (APA, 1995).

Além de já ter sido discutida (ARAÚJO et al., 2009; ENGEL et al., 2009; FOX, 2009) e avaliada (WERUTSKY, 1999; BORGES et al., 2002; BAPTISTA et al., 2008; COOPER et al., 2008; BARKER; GALAMBOS, 2009; DINGEMANS et al., 2009; MARTYN-NEMETH et al., 2009; PRESNELL et al., 2009) em um número considerável de estudos, a associação entre a CAP e a depressão implica em risco aumentado de incapacidade laboral, redução da qualidade de vida e aumento de mortalidade e co-morbidades.

A ansiedade é um estado emocional resultante do espectro normal das experiências humanas. Segundo Gorenstein e Andrade (1998), ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação responsável por desencadeá-la ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. De acordo com os critérios da CID-10 (OMS, 1993), a ansiedade é comumente acompanhada por apreensão (preocupações sobre desgraças futuras, sentir-se no limite, dificuldade de concentração), tensão motora (movimentação inquieta, cefaleias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar) e hiperatividade autonômica (sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia, tontura e boca seca). Estudos realizados com diferentes grupos de indivíduos evidenciam uma relação linear entre a ansiedade, a obesidade (COSTA; BIAGGIO, 1998) e a CAP (MATTOS et al., 2002; COLETTY; ASSUMPCÃO JÚNIOR, 2005).

Em termos clínicos, a ansiedade é um dos mais frequentes problemas psiquiátricos registrados na população mundial e acarreta altos custos individuais e sociais (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). As mulheres, conforme descrito no DSM-IV (APA, 1995), apresentam risco significativamente maior de desenvolvimento deste transtorno, assim como maior gravidade dos sintomas, cronicidade e prejuízo ao longo da vida.

Na literatura dos TCAP existe quase um consenso que aponta para a existência de um ciclo que envolve problemas emocionais — depressão, ansiedade, raiva, desgosto, estresse —

compulsão alimentar e sentimentos de culpa, baixa autoestima e dificuldade de controle do impulso (COSTA; BIAGGIO, 1998; MATTOS et al., 2002; ISNARD et al., 2003; JORN et al., 2003; PETRIBU et al.; 2006, FOX; POWER, 2009; MARTYN-NEMETH et al., 2009).

Conforme observado por Costa e Biaggio (1998), alterações significativas entre obesidade e as variáveis ansiedade-traço, ansiedade-estado e raiva foram evidenciadas ao comparar pacientes obesos e não-obesos, em fase inicial de tratamento em uma clínica de emagrecimento. Mattos et al. (2002) observaram uma alta frequência de TCAP, sintomas depressivos graves e ansiedade em pacientes com obesidade severa: 100% dos pacientes avaliados apresentavam sintomas depressivos, 70% ansiedade-traço, 54% ansiedade-estado.

Ao estudar adolescentes com obesidade moderada e grave, Isnard et al. (2003) identificaram uma associação positiva entre a compulsão alimentar e medidas psicológicas de ansiedade e depressão. Por outro lado, encontraram uma correlação negativa entre a compulsão alimentar e dimensões de autoestima e satisfação corporal nos mesmos adolescentes.

Ao verificar a associação entre sintomas de ansiedade e depressão com a obesidade, Jorn et al. (2003) apontaram que mulheres obesas, comparadas a não-obesas, apresentaram níveis mais elevados destes sintomas. Foi observado também que essa associação mostrou-se menos intensa na população masculina, e os níveis de ansiedade mantiveram-se ainda menores que os de depressão.

Petribu et al. (2006) verificaram que obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica possuíam elevada prevalência de transtorno de ansiedade generalizada, depressão no passado, transtorno do pânico e agorafobia. Dentre os portadores de TCAP, 42,1% apresentavam depressão no momento da avaliação, contra apenas 13,8% do grupo sem TCAP ($p= 0,012$), bem como piores escores na maioria dos parâmetros da escala SF-36, que avalia qualidade de vida.

Em extensa revisão do tema, Fox e Power (2009) identificaram que sentimentos, como raiva e desgosto, são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de TA e que a compulsão alimentar opera como um inibidor da autoestima. Resultados de estudo com 102 alunos sugeriram que atividades pedagógicas que visam reduzir tensão, aumentar autoestima e promover melhoria de relacionamentos interpessoais podem auxiliar na redução de compulsões alimentares e obesidade subsequente, bem como diminuir o risco de sintomas depressivos (MARTYN-NEMETH et al., 2009).

3.2.3.2 CAP e Insatisfação corporal

O conceito de imagem corporal é multidimensional, pois engloba aspectos comportamentais, senso-perceptivos, cognitivos e afetivos (PINHEIRO, 2003; CONTI et al., 2005; SIQUEIRA et al., 2005; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; NEUMARK-SZTAINER et al., 2007; GRAUP et al., 2008). A literatura destaca dois importantes componentes da imagem corporal: estima e insatisfação. A estima corporal se refere ao quanto a pessoa gosta ou não de seu corpo de forma global, o que, além do peso e o formato do corpo, inclui aspectos específicos, como, por exemplo, características fisionômicas e do cabelo. Já a insatisfação com o corpo focaliza claramente preocupações com o peso, a forma e a gordura corporais (PINHEIRO, 2003).

Para Andrade e Bosi (2003) o estilo de vida da transição dos séculos XX e XXI, alicerçado nos avanços tecnológicos — diminuição dos níveis de atividade física e aumento do consumo de *fast-food* — é incompatível com o padrão de beleza hoje desejável. Tal incompatibilidade, segundo Graup et al. (2008), se associa à influência da indústria cultural e dos meios de comunicação, os quais se encarregam de criar desejos e reforçar imagens por meio da padronização de corpos belos, magros, “sarados”, entre outras formas que são inatingíveis para a maioria dos indivíduos.

Na medida em que o corpo desejado é algo distante, várias alternativas — inclusive as consideradas inapropriadas por critérios de saúde — são utilizadas a fim de se atingir este padrão (MONTAGNER et al., 2009). Conforme dados apresentados pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2009), 73% das intervenções cirúrgicas realizadas entre setembro de 2007 e agosto de 2008 foram de natureza estética; deste total, as mulheres corresponderam a 88,0% e, 72,0% à faixa etária de 19 a 50 anos.

A associação entre o TCAP e a Insatisfação corporal foi evidenciada em 76,0% dos 50 indivíduos com obesidade grau III atendidos no ambulatório de obesidade da UNIFESP (MATTOS et al., 2002). Os participantes que apresentaram escores elevados na avaliação pela escala *Body Shape Questionnaire* (BSQ) tiveram maior frequência de episódios de compulsão alimentar periódica. Siqueira et al. (2005) investigaram a relação entre percepção de peso corporal e episódios de compulsão alimentar em uma amostra de usuários de *shoppings centers* de cinco cidades brasileiras e identificaram uma prevalência de episódios de compulsão alimentar mais elevada entre indivíduos com sobrepeso (15,6%) — se comparados aos de peso normal (9,9%) — e entre indivíduos com percepção do peso corporal acima do

ideal (14% em homens, 15% em mulheres), se comparados àqueles que percebiam seu peso como ideal ou abaixo do ideal (8% em homens, 7% em mulheres).

3.2.3.3 CAP e Substâncias psicoativas

A busca e o consumo de substâncias que possam alterar o psiquismo são fenômenos universais e tão antigos quanto a própria humanidade (BRASILIANO, 2005). Tradicionalmente, a utilização dessas substâncias fazia parte de ritos sociais que contribuía para a integração das pessoas na comunidade (RIBEIRO, 2007). Atualmente, o uso de psicoativos, em especial, seu uso indevido, tem-se tornado uma questão de ordem internacional, objeto de mobilização organizada das nações (CARLINI et al., 2002).

Estudos de co-morbididades psiquiátricas em dependentes de substâncias psicoativas expandiram-se consideravelmente a partir da constatação de que tal associação ocorria em taxas muito mais altas que as esperadas por combinação ao acaso (GRILO et al., 2002, ARIF; ROHRER, 2005; CARROLL et al., 2006; TAHTAMOUNI et al., 2008; KACHANI et al., 2008; KRUG et al., 2008; COURBASSON; BRUNSHAW, 2009; HASSEL et al., 2009). A associação entre TA e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas foi descrita pela primeira vez por Russell (1979). Desde então, estudos têm sistematicamente demonstrado que esta associação é comum tanto em dependentes de álcool e/ou drogas como em pessoas com TA (AGRAS et al., 2003; GRILO et al., 2002; BRASILIANO; HOCHGRAF 2006; KACHANI et al., 2008; KRUG et al., 2008; COURBASSON; BRUNSHAW, 2009).

Agras et al. (2003) sugerem que doenças clínicas, como a obesidade, e transtornos psiquiátricos, como o TCAP, sejam mais severos e recorrentes quando associados à dependência de psicoativos. Brasiliano e Hochgraf (2006) estudaram 80 mulheres dependentes de psicoativos e evidenciaram que um terço apresentava um TA comórbido, 40,8% das quais receberam um diagnóstico de TCAP. Quando comparadas às dependentes sem TA, as mulheres com TA eram um grupo mais jovem e que, além de terem iniciado seus problemas com drogas de maneira mais precoce, apresentavam maior severidade no uso destas substâncias. Segundo estas autoras, estes resultados enfatizam a importância de uma avaliação detalhada dos transtornos alimentares em pacientes dependentes de psicoativos que buscam tratamento.

4 METODOLOGIA

Este estudo de corte transversal foi realizado no primeiro semestre do ano de 2008. Com objetivo de verificar se as variáveis analisadas alteravam ao longo da vida acadêmica, foram escolhidos para participar da pesquisa os universitários matriculados no primeiro e sétimo períodos.

4.1 Recursos humanos

Além da responsável pela pesquisa, participaram do projeto: a) o orientador da mestranda, Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro, do Departamento de Clínica Médica da UFJF; b) o Co-orientador, Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro, do Departamento de Estatística da UFJF; c) a enfermeira Gisele Aparecida Fófano, que auxiliou nas aplicações dos questionários.

4.2 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFJF, Protocolo: 1328.019.2008, FR:176180, CAAE: 0014.0.180.000-08.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informou o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclareceu que a participação seria voluntária, não previa qualquer ressarcimento aos voluntários e que a não-concordância em participar do projeto não acarretaria prejuízo de qualquer tipo. O compromisso com a privacidade de cada um e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos foram também descritos neste documento.

4.3 Delineamento da pesquisa

Antes de iniciar a aplicação do questionário, um contato com os diretores e/ou coordenadores dos cursos foi realizado, a fim de se obter a aprovação e a colaboração para a execução da pesquisa. Da mesma forma, foi solicitada a colaboração de outras instâncias acadêmicas (como o CDARA e o CGCO) para a elaboração das listas de participantes, isto é, alunos de 1º e 7º períodos devidamente matriculados.

Os universitários, após os respectivos coordenadores e/ou professores terem disponibilizado salas de aula e definido horário para aplicação do questionário, foram

comunicados e convidados a participar da pesquisa. O TCLE foi explicado e posteriormente assinado por aqueles que se propuseram a colaborar com a pesquisa. A participação foi individual, e a entrega dos formulários se deu de forma sigilosa e anônima.

A meta era de aplicar o questionário em toda, ou pelo menos 70% da população de universitários inscritos em uma dada disciplina, das turmas determinadas. Assim, foi estabelecido que, caso a meta mínima não fosse atingida, seria necessário procurar outro professor e repetir todo o processo em outra disciplina, somente para os alunos que ainda não haviam respondido ao questionário.

As atividades realizadas durante período de elaboração da pesquisa estão abaixo indicadas (Quadro 4):

QUADRO 4 Atividades realizadas durante a elaboração da pesquisa

| |
|---|
| Etapa de planejamento |
| Revisão da literatura |
| Revisão das escalas utilizadas |
| Elaboração do instrumento para coleta de dados |
| Elaboração do projeto |
| Aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa |
| Coleta de dados em campo |
| Contato com os diretores e/ou coordenadores dos cursos |
| Solicitação ao CDARA e CGCO das listas de alunos de 1º e 7º períodos devidamente matriculados |
| Comunicação, convite e aplicação da pesquisa entre os universitários |
| Recebimento dos formulários entregue aos participantes |
| Análise dos dados |
| Análise preliminar de cada questionário entregue |
| Digitação dos formulários respondidos |
| Análise da consistência dos dados |
| Elaboração das análises estatísticas |
| Discussão dos resultados |
| Dissertação |

FONTE: CHAVES, 2008.

4.4 Instrumentos aplicados

O instrumento da investigação foi confeccionado, tendo em vista as questões levantadas pela pesquisa. Para sua elaboração, além de todo o trabalho de revisão e discussão da bibliografia pertinente, foram consultados vários outros formulários, dos quais se adaptou algumas questões relevantes.

O resultado final foi um questionário semiestruturado, autoaplicável, anônimo, sigiloso, contendo variáveis diversas — estudantis, demográficas e sociais, pessoais, relativas à sexualidade, comportamentais, ligadas ao uso de psicoativos (quantidade, frequência, idade do primeiro uso e modo de administração), estéticas, de tratamento médico, massa corporal, bem como escalas de rastreamento de Compulsão Alimentar, Depressão, Ansiedade e Insatisfação corporal.

Com relação ao cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), cabe ressaltar que, a partir das informações sobre peso e altura contidos nos questionários avaliados, ele foi realizado.

4.4.1 Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

Com o objetivo de estudar especificamente o comportamento do comer compulsivo, Gormmally et al. (1982) desenvolveram o questionário autoaplicável, conhecido como ECAP. Freitas et al. (2001) traduziram, adaptaram e validaram este instrumento, amplamente utilizado em países de língua inglesa, para o Brasil. A ECAP é composta por 16 itens e 62 afirmativas. Ao responder-lhe, o indivíduo deve, a cada item proposto, selecionar a afirmativa que melhor descreva o modo como se sente em relação aos problemas que vivencia para controlar seu comportamento alimentar. Cada afirmativa reflete-se num número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (“0”) até a gravidade máxima (“3”) de aspectos afetivos e comportamentais associados à compulsão alimentar periódica (CAP).

Comportamentos como falta de controle no impulso para comer, sentimento de culpa ou raiva contra si mesmo em função do seu hábito alimentar, comer até sentir-se incomodantemente repleto, comer excessivamente, mesmo sem estar com fome, comer muito rapidamente, sentir constrangimento de comer demais frente a outros, estar insatisfeito com o próprio corpo pelo peso excessivo, comer para o alívio de afetos desagradáveis e apresentar pensamentos obsessivos sobre o comer são aspectos abordados nas questões que compõem a escala. Com exceção dos itens que avaliam “insatisfação com o próprio corpo pelo peso

excessivo”, “utilização do ato de comer para o alívio de afetos desagradáveis” e “pensamentos obsessivos sobre o comer”, os demais comportamentos avaliados estão incluídos dentre os critérios diagnósticos na identificação do TCAP (APA, 1995).

Além de rastrear a CAP e quantificar esta síndrome, a ECAP auxilia ainda no planejamento de estratégias terapêuticas adequadas e na avaliação sequencial do tratamento de obesos, tendo em vista que o subgrupo de pacientes obesos com TCAP parece apresentar uma evolução clínica diferenciada dos obesos sem este transtorno (FREITAS et al., 2001; COLLETY, 2005; PETRIBU et al., 2006).

Segundo Freitas et al. (2001), os níveis de intensidade de sintomas identificados pela ECAP são definidos por pontos de corte dos escores atingidos: indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados “sem compulsão alimentar”; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com “compulsão moderada”; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com a “forma grave”. O ponto de corte utilizado para rastreamento de compulsão alimentar em estudos com população não-clínica — isto é, com indivíduos sem diagnóstico prévio — é 17: assim, consideram-se pontuações até 17 pontos, como “ausência de compulsão alimentar periódica” e acima de 17 pontos como “presença de compulsão alimentar periódica” (FREITAS et al., 2001).

4.4.2 Inventário Beck para Depressão (BDI)

O BDI é um instrumento autoaplicável, desenvolvido por Beck et al. (1961), inicialmente com o objetivo de mensurar a intensidade de sintomas depressivos em indivíduos pré-diagnosticados como portadores de depressão. Posteriormente, foi revisado como um instrumento que possui propriedades psicométricas para avaliação de sintomas depressivos na população geral (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

Cunha (2001) foi a responsável por traduzir e validar este instrumento no Brasil. Segundo a autora, o inventário é composto de 21 itens que refletem sentimentos de tristeza, pessimismo, fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, autoimagem negativa, bem como dificuldade para trabalhar, insônia, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda de libido.

Cada item proposto apresenta quatro alternativas de respostas que são graduadas, de acordo com o grau de intensidade dos sintomas em pontuações que variam de 0 até 3: “0” correspondente a neutro, “1” correspondente a leve, “2”, a moderado e “3,” a severo. Na

correção, se o indivíduo tiver registrado mais de uma opção, deve-se pontuar sempre a maior. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total que varia de 0 a 63 pontos.

A escala é utilizada para a classificação dos níveis de intensidade dos sintomas depressivos de acordo com a pontuação final no inventário: de 0 a 11 pontos, grau depressivo mínimo ou ausente; de 12 a 19 pontos, sintomas leves; de 20 a 35, sintomas moderados; e, de 36 a 63, graves sintomas de depressão. No entanto, o ponto de corte utilizado para rastreamento de depressão em estudos com população não-clínica — isto é, com indivíduos sem diagnóstico prévio de depressão maior — é 20: assim, consideram-se pontuações até 20 pontos, como “ausência de depressão” e acima de 20 pontos como “presença de depressão” ou Síndrome Depressiva. (CUNHA, 2001)

4.4.3 Inventário Beck para Ansiedade (BAI)

Beck et al. (1988), objetivando mensurar sintomas em população previamente diagnosticada como portadora de transtorno de ansiedade, desenvolveram o BAI. Posteriormente, o instrumento passou a ser utilizado também na população geral.

Cunha (2001) foi a responsável pela tradução e validação deste instrumento no português; segundo esta autora, a escala referida fornece, aos pesquisadores e clínicos, um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados para ajudar a diferenciação entre ansiedade e depressão.

O inventário é composto de 21 itens que refletem sintomas físicos e psíquicos de ansiedade — dormência, sensação de calor, tremores nas pernas, incapacidade de relaxar, medo, atordoamento, palpitação, perda de equilíbrio, pânico, nervosismo, sufocamento, tremores nas mãos, medo de perder o controle, tremores no corpo, dificuldade de respirar, medo de morrer, desconforto abdominal, sensação de desmaio, susto, rosto afogueado e sudorese.

Cada item proposto apresenta quatro alternativas de respostas graduadas de 0 até 3, também correspondendo ao grau de intensidade dos sintomas: 0 corresponde a “ausente”; 1, a “suave, não me incomoda muito”; 2, a “moderado, é desagradável, mas consigo suportar” e 3, correspondendo a “severo, quase não consigo suportar”. Se o participante escolher mais de uma resposta, deve-se também registrar a de maior intensidade. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total que varia de 0 a 63 pontos.

Conforme apresentado no manual de aplicação do instrumento, um escore total de até 10 pontos indica ausência de sintomas ansiosos; um escore variando entre 11 e 19 pontos indica ansiedade leve; entre 20 e 30 pontos, ansiedade moderada; entre 31 e 63 pontos, ansiedade grave. Ao se avaliar amostras não-clínicas, o escore de 20 pontos é considerado como indicativo da existência de ansiedade clinicamente significativa — ou seja, de uma Síndrome Ansiosa (CUNHA, 2001).

4.4.4 Body Shape Questionnaire (BSQ)

Cooper et al. (1987), visando avaliar os níveis de preocupação com a imagem corporal e com o peso e, em especial, a frequência com que indivíduos com e sem TA experimentam a sensação de se “sentirem gordos”, desenvolveram um questionário chamado BSQ. No Brasil, este instrumento foi traduzido por Cordás e Castilho (1994) e validado em população de universitários brasileiros por Di Pietro (2001).

Segundo Cordás e Castilho (1994), Freitas et al. (2002), Di Pietro e Silveira (2008) e Conti et al. (2009), este questionário, além de quantificar com precisão a estimativa subjetiva do tamanho corporal, aborda sentimentos de insatisfação em relação ao corpo e à forma física.

O instrumento é uma escala Likert com 34 itens e seis opções de respostas — “1”, correspondente a nunca; “2”, a raramente; “3”, a às vezes; “4”, a frequentemente; “5”, a muito frequente; e “6”, a sempre — cada uma das quais é computada com a mesma pontuação. Se o participante escolher mais de uma resposta, registra-se sempre a de maior pontuação. A soma dos pontos obtidos pode variar de 34 até 204.

Resultados menores ou iguais a 110 pontos são considerados como indicativos de “ausência de insatisfação corporal”; entre 111 e 138 pontos indicam “leve insatisfação corporal”; de 139 e 167 pontos, como “moderada insatisfação corporal”; e igual ou acima de 168 pontos, indicativo de “presença de grave insatisfação corporal”. Ao se avaliar amostras não-clínicas, no entanto, o escore superior a 110 pontos é considerado como indicativo da existência de insatisfação corporal clinicamente significativa (PIETRO; SILVEIRA 2008).

4.4.5 Questionário sócio-demográfico e comportamental

Adaptado de instrumentos utilizados em estudos anteriores do Lappda (RIBEIRO et al., 1997; 2004), este questionário utiliza variáveis estudantis, demográficas e sociais, pessoais, relativas à sexualidade, comportamentais ligadas ao uso de psicoativos (quantidade,

frequência, idade do primeiro uso e modo de administração), estéticas e de tratamento médico, bem como massa corporal.

As questões relativas ao consumo de cada grupo de substâncias consideraram o uso-na-vida — isto é, o fato de a substância ter sido utilizada ao menos uma vez — e uso-no-mês (mês anterior à aplicação do questionário). O CAGE, utilizado para rastreamento do alcoolismo, desde a década de 70 (MAYFIELD et al., 1974; EWING, 1984) com tradução e validação brasileiras (MASUR; MONTEIRO, 1983), também foi aplicado neste estudo. O IMC amplamente utilizado (WHO, 1997) foi, por sua vez, distribuído em três categorias: abaixo do peso (IMC até 18,5); peso normal (faixa de 18,51 a 24,99); e acima do peso (índice igual ou maior a 25).

4.5 Descrição e categorização das variáveis

As variáveis contidas no banco de dados da pesquisa ou criadas a posteriori — isto é, durante o processo analítico, tais como IMC, bloco de estudo, medianas de variáveis contínuas e variáveis relativas à estética — são apresentadas, de forma agrupada, no Quadro 5.

QUADRO 5 Classificação das variáveis contidas no banco de dados

| Grupos de Variáveis | Identificação das variáveis |
|--------------------------------|---|
| Estudantis | -Turno do curso -Bloco de estudo -Período em que está matriculado -Idade em que concluiu o ensino médio -Iniciou ou completou outro curso superior -Outras atividades estudantis não obrigatórias -Média de horas semanal de dedicação à vida estudantil -Desempenho escolar |
| Demográficas e sociais | -Sexo -Idade - Faixa etária -Estado civil -Com quem mora -Situação ocupacional -Renda pessoal -Renda familiar -Religiosidade -Frequência religiosa |
| Pessoais | -Pessoa que procuraria na eventualidade de problema pessoal -Atividade de lazer a que se dedica mais tempo -Sentimento de felicidade |
| Relativas à sexualidade | -Ter tido ou não uma relação sexual -Idade da 1ª relação sexual -Opção sexual -Utilização de método preventivo para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) |

QUADRO 5 Classificação das variáveis contidas no banco de dados

(Continuação)

| | |
|--|--|
| <p>Relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Bebida alcoólica -Cigarro (incluindo charuto e cachimbo) -Maconha -Cocaína -Crack -Ecstasy -Estimulantes (do tipo anfetaminas) -Benzodiazepínicos -Solventes -LSD -Remédio para aumentar massa muscular ou potência sexual (anabolizantes) |
| <p>Relativas ao comportamento de uso-no-mês de substâncias psicoativas</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Bebida alcoólica -Cigarro (incluindo charuto e cachimbo) -Maconha -Cocaína -Crack -Ecstasy -Estimulantes (do tipo anfetaminas): por problema gráfico, esta variável não foi incluída no questionário. -Benzodiazepínicos -Solventes -LSD -Remédio para aumentar massa muscular ou potência sexual (anabolizantes) |
| <p>Relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Bebida alcoólica -Cigarro (incluindo charuto e cachimbo) -Maconha -Cocaína -Crack -Ecstasy -Estimulantes (do tipo anfetaminas) -Benzodiazepínicos -Solventes -LSD -Remédio para aumentar massa muscular ou potência sexual (anabolizantes) |
| <p>Relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Consumo médio, por semana de Bebidas alcoólicas: Cerveja, Vinho e Destilado. -CAGE -Consumo médio, por dia de Tabaco: Cigarro, Cachimbo e Charuto. -Via de utilização de cocaína -Finalidade de utilização de anfetamínicos -Finalidade de utilização de benzodiazepínicos -Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez álcool e/ou tabaco -Mudança ocorrida em sua vida depois de utilizar álcool e/ou tabaco -Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez as demais substâncias psicoativas descritas no questionário |
| <p>Relativas à estética e tratamento médico</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Realização de cirurgia plástica -Em que parte do corpo realizou -Vontade de fazer cirurgia plástica -Em que parte do corpo quer realizar -Parte do corpo de que mais gosta -Parte do corpo de que menos gosta -Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica - Qual doença -Fez ou faz uso constante de alguma medicação |
| <p>Massa corporal</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Índice de Massa Corporal (IMC) |
| <p>Relativas às escalas utilizadas</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Compulsão Alimentar Periódica (CAP) -Depressão -Ansiedade -Insatisfação corporal |

FONTE: CHAVES, 2008.

As variáveis acima listadas foram categorizadas e incluídas nas análises deste estudo, de acordo com o apresentado no Quadro 6.

QUADRO 6 Categorização das variáveis contidas no banco de dados

| Grupos de Variáveis | Categorização das variáveis |
|---|--|
| 1) ESTUDANTIS | |
| Turno do curso | 1 – Diurno 2 – Noturno |
| Bloco de estudo | 1 – Ciências Sociais Aplicadas (CSA) 2 – Ciências da Saúde (CS) 3 – Ciências Exatas (CE) 4 – Ciências Humanas (CH) 5 – Especial |
| Período em que está matriculado | 1 – Primeiro período 2 – Sétimo período |
| Idade em que concluiu o ensino médio | 1 – Dentro do esperado 2 – Acima do esperado |
| Iniciou ou completou outro curso superior | 1 – Não 2 – Sim |
| Outras atividades estudantis não obrigatórias | 1 – Não participa 2 – Pesquisa 3 – Extensão 4 – Monitoria 5 – Política estudantil 6 – Cursos extracurriculares 7 – Outras |
| Média de horas semanal de dedicação à vida estudantil | 1 – Abaixo da mediana 2 – Acima da mediana |
| Desempenho escolar | 1 – Até 5,9 pontos 2 – 6 ou mais pontos |
| 2) DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS | |
| Sexo | 1 – Masculino 2 – Feminino |
| Idade - Faixa etária | 1 – Abaixo da mediana 2 – Acima da mediana |
| Estado civil | 1 – Solteiro 2 – Casado/ Companheiro(a) 3 – Separado/ Desquitado/ Divorciado(a) 4 – Viúvo(a) 5 – Outros |
| Com quem mora | 1 – Cônjuge/ companheiro(a) 2 – Sozinho(a) 3 – Amigos/ República 4 – Pais 5 – Outros parentes 6 – Pensão 7 – Outros |
| Situação ocupacional | 1 – Somente estudante 2 – Estudante/ Estagiário 3 – Estudante/ Empregado 4 – Outros |
| Renda pessoal | 1 – Não tem renda pessoal 2 – Menos de 1 salário mínimo 3 – De 1 a 5 salários mínimos 4 – De 6 a 10 salários mínimos 5 – 11 ou mais salários mínimos |

QUADRO 6 Categorização das variáveis contidas no banco de dados

(Continuação)

| | |
|--|--|
| Renda familiar | <ul style="list-style-type: none"> 1 – Menos de 3 salários mínimos 2 – De 3 a 5 salários mínimos 2 – De 6 a 10 salários mínimos 4 – De 11 a 20 salários mínimos 5 – De 21 a 30 salários mínimos 6 – De 31 a 40 salários mínimos 7 – 41 ou mais salários mínimos |
| Religiosidade | <ul style="list-style-type: none"> 1 – Não tem religião 2 – Religião Católica 3 – Uma das Religiões Protestantes (Evangélicas) Tradicionais 4 – Uma das Religiões Evangélicas, Pentecostais, Neopentecostais 5 – Espíritas/ kardecistas 6 – Esotéricas (Rosa Cruz, Seicho-No-Iê, Eubinose, Logosofia, Ocultismo, Maçonaria) 7 – Outra Religião |
| Frequência religiosa | <ul style="list-style-type: none"> 1 – Não participa de forma regular 2 – Todos os dias 3 – 02 a 06 vezes por semana 4 – 01 vez por semana 5 – 01 a 03 dias no mês 6 – Algumas vezes por ano |
| 3) PESSOAIS | |
| Pessoa que procuraria na eventualidade de problema pessoal | <ul style="list-style-type: none"> 1 – Cônjuge/ companheiro(a) 2 – Pai 3 – Mãe 4 – Outros familiares 5 – Amigos/ colegas 6 – Professor(a) 7 – Profissionais especializados 8 – Líder religioso (padre, pastor, rabino) 9 – Livros e ou artigos científicos 10 – Ninguém 11 – Outros |
| Atividade de lazer a que se dedica mais tempo | <ul style="list-style-type: none"> 1 – Ficar ou sair com cônjuge/ companheiro(a) 2 – Ir a igreja ou serviço religioso 3 – Frequentar clubes 4 – Estar/ sair só com amigos de mesmo sexo 5 – Estar ou sair com amigos do sexo oposto 6 – Estar ou sair com amigos de ambos os sexos 7 – Frequentar a casa de amigos 8 – Praticar esportes 9 – Assistir a televisão 10 – Estar ou sair com a família 11 – Ir ao shopping 12 – Ir ao cinema 13 – Frequentar bares 14 – Ler livros de sua área de formação 15 – Frequentar congressos, cursos, reuniões acadêmicas 16 – Ler outros livros 17 – Ler jornais, revistas 18 – Viajar 19 – Trabalhar em um hobby 20 – Jogos de mesa (sinuca, xadrez, baralho, etc) 21 – Usar o computador 22 – Dormir 23 – Outro |
| Sentimento de felicidade | <ul style="list-style-type: none"> 1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Frequentemente 4 – Sempre |

QUADRO 6 Categorização das variáveis contidas no banco de dados

(Continuação)

| 4) RELATIVAS À SEXUALIDADE | |
|--|---|
| Ter tido ou não uma relação sexual | 1 – Nunca tiveram relação sexual 2 – Já tiveram relação sexual |
| Idade da 1ª relação sexual | 1 – Abaixo da mediana 2 – Acima da mediana |
| Opção sexual | 1 – Heterossexuais 2 – Homossexuais 3 – Bissexuais |
| Utilização de método preventivo para DST's | 1 – Nunca utiliza método de prevenção 2 – Às vezes utiliza método de prevenção 3 – Sempre utiliza método de prevenção |
| 5) RELATIVAS AO COMPORTAMENTO DE USO-NA-VIDA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS | |
| Bebida alcoólica | 1 – Não 2 – Sim |
| Cigarro (incluindo charuto ou cachimbo) | 1 – Não 2 – Sim |
| Maconha | 1 – Não 2 – Sim |
| Cocaína | 1 – Não 2 – Sim |
| Crack | 1 – Não 2 – Sim |
| Ecstasy | 1 – Não 2 – Sim |
| Estimulantes (do tipo anfetaminas) | 1 – Não 2 – Sim |
| Benzodiazepínicos | 1 – Não 2 – Sim |
| Solventes | 1 – Não 2 – Sim |
| LSD | 1 – Não 2 – Sim |
| Remédio para aumentar massa muscular ou potência sexual (anabolizantes) | 1 – Não 2 – Sim |
| 6) RELATIVAS AO COMPORTAMENTO DE USO-NO-MÊS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS | |
| Bebida alcoólica | 1 – Não 2 – Sim |
| Cigarro (incluindo charuto ou cachimbo) | 1 – Não 2 – Sim |
| Maconha | 1 – Não 2 – Sim |
| Cocaína | 1 – Não 2 – Sim |
| Crack | 1 – Não 2 – Sim |
| Ecstasy | 1 – Não 2 – Sim |
| Benzodiazepínicos | 1 – Não 2 – Sim |
| Solventes | 1 – Não 2 – Sim |
| LSD | 1 – Não 2 – Sim |
| Remédio para aumentar massa muscular ou potência sexual (anabolizantes) | 1 – Não 2 – Sim |

QUADRO 6 Categorização das variáveis contidas no banco de dados

(Continuação)

| 7) RELATIVAS À IDADE MÉDIA DO PRIMEIRO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS | |
|--|---|
| Bebida alcoólica | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Cigarro (incluindo charuto ou cachimbo) | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Maconha | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Cocaína | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Crack | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Ecstasy | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Estimulantes (do tipo anfetaminas) | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Benzodiazepínicos | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Solventes | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| LSD | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| Remédio para aumentar massa muscular ou potência sexual (anabolizantes) | 1 – Até 15 anos 2 – 16 a 17 anos 3 – 18 anos ou mais |
| 8) RELATIVAS A OUTROS ASPECTOS COMPORTAMENTAIS, MOTIVAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS | |
| Consumo médio, por semana de bebidas alcoólicas | 1 – Abaixo da mediana 2 – Acima da mediana |
| GAGE | 1 – Positivo 2 – Negativo |
| Consumo médio, por dia de tabaco | 1 – Abaixo da mediana 2 – Acima da mediana |
| Via de utilização de cocaína | 1 – Exclusivamente injetada 2 – Iguamente injetada e inalada 3 – Mais frequentemente inalada 4 – Exclusivamente inalada |
| Finalidade de utilização de anfetamínicos | 1 – Exclusivamente para ficar acordado 2 – Mais frequentemente para ficar acordado 3 – Iguamente para emagrecer e ficar acordado 4 – Mais frequentemente para emagrecer 5 – Exclusivamente para emagrecer |
| Finalidade de utilização de benzodiazepínicos | 1 – Exclusivamente por prescrição médica 2 – Mais frequentemente por prescrição médica 3 – Iguamente por prescrição médica e automedicação 4 – Mais frequentemente por automedicação 5 – Exclusivamente por automedicação |
| Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez álcool e/ou tabaco | 1 – Prática religiosa 2 – Por curiosidade 3 – Diversão ou prazer 4 – Porque meus amigos/ namorado usavam 5 – Cônjuge usa |

QUADRO 6 Categorização das variáveis contidas no banco de dados

(Continuação)

| | |
|---|---|
| | 6 – Para me relacionar melhor com outras pessoas 7 – Alívio da tensão psicológica 8 – Não sei 9 – Outros |
| Mudança ocorrida em sua vida depois de utilizar álcool e/ou tabaco | 1 – Sim, melhorou 2 – Sim, piorou 3 – Não se modificou 4 – Não sei |
| Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez as demais substâncias psicoativas descritas no questionário | 1 – Prática religiosa 2 – Por curiosidade 3 – Diversão ou prazer 4 – Porque meus amigos/namorado usavam 5 – Cônjuge usa 6 – Para me relacionar melhor com outras pessoas 7 – Tratamento de problema de saúde 8 – Alívio da tensão psicológica 9 – Alívio do cansaço, fome, frio 10 – Alívio do sono 11 – Auxiliar desempenho dos estudos e ou profissional 12 – Não sei 13 – Outros |
| 9) RELATIVAS À ESTÉTICA E TRATAMENTO MÉDICO | |
| Realização de cirurgia plástica | 1 – Não 2 – Sim |
| Em que parte do corpo realizou | 1 – Nariz 2 – Rosto 3 – Seios 4 – Outras |
| Vontade de fazer cirurgia plástica | 1 – Não 2 – Sim |
| Em que parte do corpo quer realizar | 1 – Nariz 2 – Seios 3 – Abdome 4 – Outras |
| Parte do corpo de que mais gosta | 1 – Olhos 2 – Boca 3 – Rosto 4 – Outras |
| Parte do corpo de que menos gosta | 1 – Abdome 2 – Pés 3 – Nariz 4 – Outras |
| Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica | 1 – Não 2 – Sim |
| Qual doença | 1 – Diabetes Mellitus 2 – Hipertensão Arterial 3 – Doença Renal 4 – Doença da Tireóide 5 – Doença Psiquiátrica 6 – Obesidade 7 – Doença Reumática |
| Fez ou faz uso constante de alguma medicação | 1 – Não 2 – Sim |
| 10) MASSA CORPORAL | |
| IMC | 1 – Abaixo do peso 2 – Peso normal 3 – Acima do peso |

QUADRO 6 Categorização das variáveis contidas no banco de dados

(Continuação)

| 11) RELATIVAS ÀS ESCALAS UTILIZADAS | |
|--|---|
| Compulsão Alimentar Periódica | 1 – Sem compulsão 2 – Moderada 3 – Grave |
| Depressão | 1 – Mínima 2 – Leve 3 – Moderada 4 – Grave |
| Ansiedade | 1 – Mínima 2 – Leve 3 – Moderada 4 – Grave |
| Insatisfação corporal | 1 – Ausência 2 – Leve 3 – Moderada 4 – Grave |

FONTE: CHAVES, 2008.

4.6 Registros excluídos do banco de dados

Foi efetuada uma análise preliminar de cada questionário entregue em busca de possíveis erros de coerência interna por parte dos respondentes, tal como responder que “não usei” uma substância e, em seguida, afirmar o padrão de uso dessa mesma substância. Também foram assinaladas as questões em branco e as que deveriam ser anuladas por utilizarem padrão de respostas incompatíveis com a formulação da pergunta ou pelo relato de uso de substância inexistente.

4.7 Análise estatística

O banco de dados de trabalho foi submetido a análises estatísticas por meio do software SPSS 14.0 (número de série 9656438). Com o objetivo de caracterizar o conjunto de registros estudados, realizaram-se análises descritivas e exploratórias. Em seguida, foram efetivadas análises bivariadas para avaliar associação das variáveis de desfecho — presença de Compulsão alimentar periódica, Depressão, Ansiedade, Insatisfação corporal — com características estudantis, demográficas e sociais, pessoais, relativas à sexualidade, comportamentais ligadas ao uso de psicoativos, estéticas e de tratamento médico, bem como massa corporal, levando em consideração pressupostos teóricos e achados empíricos prévios. A regressão logística foi utilizada para caracterizar o peso relativo das diversas variáveis aqui estudadas sobre cada uma das quatro variáveis de desfechos no grupo de sujeitos aqui avaliado.

4.7.1 Análise descritiva e exploratória dos dados

Para efeito das comparações realizadas, os estudantes foram agrupados em 5 blocos, de acordo com o curso que estavam realizando: 1 – Ciências Sociais Aplicadas (CSA); 2 – Ciências da Saúde (CS); 3 – Ciências Exatas (CE); 4 – Ciências Humanas (CH); e 5 – Bloco Especial¹. Este último englobou os participantes de qualquer curso que já tivessem iniciado, anteriormente, outro curso de graduação e/ou que tivessem idade igual ou maior que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou que tivessem idade igual ou superior a 23 anos, no 7º período. A separação destes participantes em um bloco especial se deveu ao fato de que tanto a idade quanto o contato prévio com o ambiente universitário poderiam enviesar os resultados.

Algumas questões com respostas numéricas foram recodificadas como variáveis com categorias binárias, acima e abaixo da mediana de todo o grupo. São elas: média de horas diárias dedicadas à vida estudantil (questão 15), idade mencionada (questão 4), idade que teve a primeira relação sexual (questão 20). As alternativas propostas de respostas sobre as variáveis relativas ao consumo médio, por semana, de cerveja, vinho e destilado (questão 30.a.3), bem como aquelas ligadas ao consumo médio, por dia, de cigarro, cachimbo e charuto (questão 30.b.3) foram somadas e posteriormente recodificadas como acima e abaixo da mediana obtida. Já a questão 16 foi categorizada, de acordo com a nota atribuída ao próprio desempenho escolar, em dois grupos: até 5,9 pontos e 6 ou mais pontos.

As respostas relativas à idade em que o aluno concluiu o ensino médio (questão 7) foi categorizada em: até 20 anos e com 21 anos ou mais. A idade do primeiro uso psicoativos (questões 30.a.1, 30.b.1, 30.c.1, 30.d.1, 30.e.1, 30.f.1, 30.g.1, 30.h.1, 30.i.1, 30.j.1, 30.k.1, 30.l.1) foi agrupada em três categorias de respostas: Até aos 15 anos, 16 e 17 anos, 18 anos ou mais.

Como o uso de psicoativos foi informado em questões prévias, as variáveis: “Principal via de utilização de cocaína”, “Finalidade de utilização de anfetamínicos”, “Finalidade de utilização de benzodiazepínicos”, “Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez álcool e/ou tabaco”, “Mudança ocorrida em sua vida após utilizar álcool e/ou tabaco” e “Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez os demais psicoativos” foram avaliadas com a exclusão dos que responderam que “Nunca utilizou”. Pelo mesmo critério, os sujeitos que referiram “Não tenho religião” ou “Nunca tive relação sexual” foram eliminados das análises das seguintes

¹ Veja em anexo a lista dos cursos que fazem parte de cada bloco.

questões: “Frequência de participação em cultos ou ritos religiosos” e “Utilização de algum método para prevenir DST’s”.

As questões relativas à estética: “Que parte do corpo foi submetida à cirurgia plástica” (questão 22), “Em que parte quer realizar cirurgia plástica” (questão 23), “Parte do corpo de que mais gosta” (questão 24) e “Parte do corpo de que menos gosta” (questão 25) foram categorizadas a partir da identificação das três alternativas mais frequentemente respondidas. As demais opções de resposta foram incluídas na categoria “outras”.

Finalmente, nesta primeira análise, para efeitos exploratórios e considerando as opções metodológicas utilizadas por diferentes pesquisadores (VITOLLO et al., 2005; PETRIBU et al., 2006; ARAÚJO et al., 2009), optou-se por utilizar, na avaliação dos desfechos — Compulsão alimentar periódica, Depressão, Ansiedade e Insatisfação corporal — o ponto-de-corte que verifica a intensidade de sintomas em indivíduos diagnosticados, bem como as pontuações de rastreamento.

4.7.2 Análise bivariada

Para a realização da análise bivariada, algumas variáveis independentes foram reagrupadas, de acordo com os seguintes critérios: 1) se uma das categorias presentes no questionário atingia ao menos 50% de respostas, as demais eram agrupadas como “outras” 2) no caso de nenhuma das categorias originárias ter atingido 50% das respostas, categorias com proximidade logicamente justificável eram agrupadas até ultrapassar a metade dos casos; e 3) na eventualidade de haver grande número de respostas que não permitiam uma lógica imediata para o somatório, optou-se por manter um número maior de categorias originárias, agrupando-se apenas as respostas assinaladas por um baixo percentual dos respondentes. Os parágrafos seguintes explicitam todos os reagrupamentos efetuados.

Quanto à possível participação em outras atividades estudantis, além das obrigatórias de cada curso, os universitários foram redistribuídos em: 1) Não participa; e 2) Participa. O estado civil dos participantes foi analisado nas categorias: 1) Solteiro; e 2) Outros. As categorias de respostas à questão “Com quem mora” foram distribuídas em: 1) Pais; e 2) Outros. A situação ocupacional atual foi discriminada em: 1) Somente estudantes; e 2) Outros. As respostas relativas à questão acerca da opção sexual foram reagrupadas em: 1) Heterossexual e 2) Outras.

Sobre a situação econômica, os participantes foram classificados, de acordo com a renda pessoal, em: 1) Não ter renda; e 2) Ter renda. Quanto à renda familiar, em: 1) Até 10 Salários Mínimos; e 2) 11 ou mais Salários Mínimos.

O quesito relativo a professar alguma religião foi duplamente categorizado: num caso, utilizou-se a dicotomia 1) Não ter religião; e 2) Ter religião; e no outro, com a exclusão dos que referiram não professar uma religião, o agrupamento foi de 1) Católicos; e 2) Demais religiões. Para a frequência de participação em cultos religiosos, as respostas foram recategorizadas em: 1) Maior frequência, compreendendo as opções de resposta “Todos os dias”, “02 a 06 vezes por semana” e “01 vez por semana”; e 2) Menor frequência, compreendendo as respostas “Não participa de forma regular”, “Algumas vezes por ano” e “01 a 03 dias no mês”.

As opções relativas à questão “Quem procura na eventualidade de um problema pessoal” foram reagrupadas em: 1) Mãe; e 2) Outros. Para a questão “Atividade de lazer a que se dedica mais tempo”, as respostas foram mantidas entre as três categorias com maior percentual de respostas: 1) “Ficar ou sair com cônjuge e/ou companheiro”; 2) “Estar ou sair com amigos de ambos os sexos”; 3) “Usar o computador”; e as demais agrupadas como 4) “Outras”. Quanto ao sentimento de felicidade, os universitários foram redistribuídos em: 1) “Nunca ou raramente felizes”; e 2) “Frequentemente ou sempre felizes”.

As variáveis “Finalidade de utilização de anfetamínicos”, “Finalidade de utilização de benzodiazepínicos”, “Motivo que o levou a utilizar pela 1ª vez álcool e/ou tabaco”, “Motivo que o levou a utilizar pela 1ª vez os demais psicoativos”, “Mudança ocorrida em sua vida após utilizar álcool e/ou tabaco” foram recategorizadas, respectivamente, em: 1) “Exclusivamente para ficar acordado” e 2) “Outras”; 1) “Exclusivamente por prescrição médica” e 2) “Outras”; 1) “Diversão ou prazer” e 2) “Outras”; 1) “Por curiosidade” e 2) “Outras”; 1) “Não se modificou” e 2) “Outras”.

Os psicoativos foram agrupados em três grupos distintos — 1) “Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco)”, 2) “De uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD)” e 3) “Habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, medicamentos que aumentam a massa muscular ou potência sexual)” — e avaliados em 2 categorias: “Nunca usou”, “Usou ao menos um tipo”. Seguindo o mesmo agrupamento para avaliar a idade do primeiro uso, os participantes foram agregados em três faixas etárias: 1) “Até 15 anos de idade” (compreende participantes que apresentaram a idade do primeiro uso, de pelo menos um psicoativo, com até pelo menos 15 anos de idade), 2) “16 e 17 anos de idade” (participantes que apresentaram a idade do primeiro uso de

qualquer das substâncias aos 16 ou 17 anos), 3) “18 ou mais anos de idade” (participantes que utilizaram ao menos uma de tais substâncias somente a partir dos 18 anos).

Os pontos de corte de rastreamento propostos para as escalas utilizadas — ECAP (FREITAS et al., 2001), BDI (CUNHA, 2001), BAI (CUNHA, 2001) e BSQ (PIETRO; SILVEIRA, 2008) — foram empregados a partir desta análise. A significância estatística foi verificada pelo Teste do Qui-quadrado de Pearson, considerando-se significantes valores de $p \leq 0,05$.

4.7.3 Regressão logística

Na constituição dos modelos de regressão logística, foram seguidos os seguintes procedimentos:

- 1º- Definiu-se que seriam rodados quatro modelos: o MODELO 1, referente à possível prevalência de Compulsão alimentar periódica; o MODELO 2, referente à possibilidade de Depressão; o MODELO 3, referente à possível Ansiedade; e o MODELO 4, referente à Insatisfação corporal nos indivíduos estudados.
- 2º- Inicialmente, as análises bivariadas entre as variáveis de desfecho e as demais variáveis foram utilizadas para confirmar as correlações estatisticamente significantes.
- 3º- Somente foram incluídas, em cada um dos modelos, as variáveis que apresentaram resultados estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) nas análises bivariadas.
- 4º- As variáveis com 30% ou mais de *missing* (não-resposta, resposta em branco) não foram incluídas nos modelos.
- 5º- O “IMC” foi categorizado em duas classes: “Abaixo do peso ou peso normal” e “Acima do peso”.
- 6º- Inicialmente, a ordem de entrada de cada variável utilizada nos modelos levou em consideração evidências empíricas acerca do peso de sua influência sobre a variável de desfecho. Em seguida, utilizou-se de critérios apriorísticos. Assim, considerando sua possível influência sobre o modelo avaliado, as variáveis e interações foram incluídas na análise a partir da seguinte ordem:
 - a) Modelo de Compulsão alimentar periódica: Sexo → Insatisfação corporal → Depressão → Ansiedade → Sentimento de felicidade → Estado civil → Período do curso está matriculado → Idade mediana → IMC → Uso de psicoativos sob prescrição médica → Presença de cirurgia plástica → Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica

- Vontade de realizar cirurgia plástica → Parte do corpo de que menos gosta → CAGE;
- b) Modelo de Depressão: Sexo → Ansiedade → Sentimento de felicidade → Insatisfação corporal → Compulsão alimentar periódica → Uso na vida de psicoativos lícitos → Uso na vida de psicoativos ilícitos → Uso de psicoativos sob prescrição médica → CAGE → Média de desempenho escolar → Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica → Presença de cirurgia plástica → Vontade de realizar cirurgia plástica → Período do curso está matriculado → Idade mediana → Com quem mora → Na eventualidade de problema pessoal que pessoa procuraria → Qual o principal motivo que levou a fazer uso de álcool e/ou tabaco;
- c) Modelo de Ansiedade: Sexo → Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica → Fez ou faz uso constante de alguma medicação → Insatisfação corporal → Compulsão alimentar periódica → Depressão → Sentimento de felicidade → CAGE → Uso de psicoativos sob prescrição médica → Presença de relação sexual → Média de desempenho escolar → Com quem mora → Renda familiar → Vontade de realizar cirurgia plástica;
- d) Modelo de Insatisfação corporal: Sexo → IMC → Compulsão alimentar periódica → Depressão → Ansiedade → Sentimento de felicidade → Presença de cirurgia plástica → Vontade de realizar cirurgia plástica → Parte do corpo de que menos gosta → Uso de psicoativos sob prescrição médica → Fez ou faz uso constante de medicação → CAGE → Período do curso está matriculado → Bloco de estudo.
- 7º- Todas as variáveis entraram manualmente no modelo, uma a uma, e aquelas que não resultavam em significância eram eliminadas, uma de cada vez, conforme as sequências apresentadas abaixo:
- a) Modelo de Compulsão alimentar periódica: Sexo → Ansiedade → Sentimento de felicidade → Período do curso está matriculado → Idade mediana → Estado civil → Presença de cirurgia plástica → Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica → Vontade de realizar cirurgia plástica → Parte do corpo de que menos gosta → CAGE;
- b) Modelo de Depressão: Sexo → Insatisfação corporal → Uso na vida de psicoativos ilícitos → Uso na vida de psicoativos lícitos → Média de desempenho escolar → Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica → Presença de cirurgia plástica → Vontade de realizar cirurgia plástica → Período do curso está matriculado → Idade mediana → Com quem mora → Na eventualidade de problema pessoal que pessoa procuraria → Qual o principal motivo que levou a fazer uso de álcool e/ou tabaco;

- c) Modelo de Ansiedade: Fez ou faz uso constante de alguma medicação → Compulsão alimentar periódica → CAGE → Uso de psicoativos sob prescrição médica → Presença de relação sexual → Média de desempenho escolar → Com quem mora → Vontade de realizar cirurgia plástica;
- d) Modelo de Insatisfação corporal: Depressão → Sentimento de felicidade → Presença de cirurgia plástica → Uso de psicoativos sob prescrição médica → Fez ou faz uso constante de medicação → CAGE → Período do curso está matriculado.

Os resultados serão apresentados, obedecendo-se à ordem de entrada das variáveis em cada modelo.

5 RESULTADOS

Era esperada, inicialmente, a aplicação de 2.381 questionários, relativos à totalidade de estudantes pesquisados. Destes, 1.308 corresponderiam aos alunos do 1º período de 2008 e 1.073, aos matriculados no 7º período. Embora a coleta de dados tenha sido repetida em alguns cursos, a meta de pelo menos 70% não foi atingida em todos eles, por diferentes razões: 1) muitas vezes não foi possível encontrar todos os alunos; 2) houve dificuldade em encontrar os alunos em estágios finais de seus cursos; 3) alguns cursos oferecem disciplinas de forma flexível, com muitos alunos “desperiodizados”: treze alunos de química e treze de matemática, que iniciaram no primeiro semestre de 2005, não foram encontrados; e 4) cinco alunos se recusaram a participar da pesquisa.

Após a exclusão dos questionários de cinco indivíduos que relataram o uso de uma droga inexistente — única razão encontrada para a exclusão, a partir das análises preliminares em busca de possíveis erros de coerência interna — foram incluídos na análise os questionários de 1.585 estudantes (66,7% do total esperado): 955 (73,0% do total de calouros) do 1º período e 630 (58,7%) do 7º período (Tabela 1).

Em algumas circunstâncias específicas, as respostas para algumas questões foram avaliadas como *missing*, nomeadamente: 1) três entrevistados que informaram ter concluído o ensino médio com as idades de 14 e 15 anos, uma vez que não é permitido pela legislação educacional que alunos concluam o ensino médio com idade inferior a 16 anos; 2) pelo evidente exagero de um entrevistado que informou ingerir mil doses de destilados semanalmente; 3) um total de cento e setenta e seis entrevistados que, após informarem nunca ter utilizado bebidas alcoólicas, responderam às perguntas do questionário CAGE — em todos os casos, responderam de forma negativa; 4) e também três estudantes que não responderam a todas as quatro perguntas do CAGE. No entanto, após a análise de consistência, as respostas às demais perguntas destes participantes foram aceitas e incluídas nas análises.

Nas análises bivariadas, não serão apresentados ou discutidos os resultados das variáveis — “Qual doença atual ou anterior possui(a)”, “Principal via de utilização de cocaína”; “Em que parte do corpo realizou cirurgia plástica” — que apresentaram 95% ou mais de *missing*. A variável “Idade em que concluiu o ensino médio” como resultou em ausência de participantes em ao menos uma das categorias dos desfechos analisados também não será apresentada. Como as variáveis relativas à utilização de psicoativos resultaram em

padrões semelhantes aos comportamentos de consumo, tanto na vida quanto no último mês, optou-se por apresentar somente as análises relativas ao uso-na-vida.

Considerando-se evidências da literatura, optou-se por manter, na construção dos modelos de regressão, algumas variáveis que geraram resultados esperados menores que 5 em 1 das caselas. São elas: “Estado civil”, “Presença de cirurgia plástica” e “Depressão” para o modelo de Compulsão Alimentar Periódica e “Sentimento de felicidade”, “Uso de psicoativos sob prescrição médica”, “CAGE”, “Presença de cirurgia plástica” e “Compulsão Alimentar Periódica” para o de Depressão.

De acordo com a decisão metodológica de não incluir nos modelos as variáveis com mais de 30% de *missing*, foram excluídas da regressão logística, relativa à Compulsão Alimentar Periódica, as variáveis “Idade da 1ª relação sexual”, “Utilização de método para prevenir DST’s”, “Principal finalidade de utilização de anfetamínicos”, “Motivo que levou a fazer uso de substâncias psicoativas que não o álcool e/ou tabaco”, “Em que parte do corpo quer realizar cirurgia plástica”, embora tivessem apresentado p-valores $\leq 0,05$. Pela mesma razão, as variáveis “Idade da 1ª relação sexual” e “Principal finalidade de utilização de anfetamínicos” foram eliminadas do modelo de regressão para a variável ansiedade. Para o modelo relativo à depressão, foram retiradas as variáveis “Utilização de método para prevenir DST’s” e “Idade média de consumo de psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica”. Finalmente, as variáveis “Idade da 1ª relação sexual”, “Opção sexual”, “Utilização de método para prevenir DST’s”, “Consumo médio, por dia de tabaco”, “Principal finalidade de utilização de anfetamínicos”, “Idade média de consumo de psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica”, “Em que parte do corpo quer realizar cirurgia plástica” foram excluídas do modelo relativo à Insatisfação corporal.

TABELA 1 Total de alunos matriculados nos cursos de graduação da UFJF e números relativos aos respondentes da pesquisa no 1º semestre de 2008

| Cursos | 1º período | | | 7º período | | |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| | Número de Vagas (via C-DARA) | Respondentes das Turmas de 1º período | | Número de Vagas (via C-DARA) | Respondentes das Turmas de 7º período | |
| | | n | % | | n | % |
| Administração | 82 | 51 | 62,2 | 67 | 40 | 59,7 |
| Arquitetura e Urbanismo | 25 | 22 | 88,0 | 19 | 15 | 78,9 |
| Artes | 31 | 23 | 74,1 | 26 | 23 | 88,4 |
| Ciências da Computação | 31 | 26 | 83,8 | 25 | 14 | 56,0 |
| Ciências Biológicas | 26 | 20 | 76,9 | 24 | 19 | 79,1 |
| Ciências Econômicas | 83 | 60 | 72,2 | 71 | 34 | 47,8 |
| Ciências Sociais | 41 | 31 | 75,6 | 31 | 9 | 29,0 |
| Comunicação Social | 50 | 47 | 94,0 | 51 | 18 | 35,2 |
| Direito | 89 | 62 | 69,6 | 87 | 69 | 79,3 |
| Educação Física | 39 | 28 | 71,7 | 36 | 32 | 88,8 |
| Enfermagem | 38 | 30 | 78,9 | 38 | 20 | 52,6 |
| Engenharia Civil | 44 | 24 | 54,5 | 42 | 10 | 23,8 |
| Engenharia de Produção | 20 | 20 | 100,0 | 18 | 14 | 77,8 |
| Engenharia Elétrica | 58 | 52 | 89,6 | 53 | 11 | 20,7 |
| Estatística* | 26 | 22 | 84,6 | -- | -- | -- |
| Farmácia e Bioquímica | 41 | 38 | 92,6 | 39 | 31 | 79,4 |
| Filosofia | 25 | 16 | 64,0 | 17 | 10 | 58,8 |
| Física | 25 | 21 | 84,0 | 15 | 12 | 80,0 |
| Fisioterapia | 19 | 17 | 89,4 | 19 | 7 | 36,8 |
| Geografia | 63 | 50 | 79,3 | 27 | 17 | 62,9 |
| História | 32 | 25 | 78,1 | 26 | 18 | 69,2 |
| Letras | 48 | 32 | 66,6 | 40 | 8 | 20,0 |
| Matemática | 32 | 25 | 78,1 | 24 | 11 | 45,8 |
| Medicina | 81 | 48 | 59,2 | 76 | 45 | 59,2 |
| Odontologia | 38 | 28 | 73,6 | 40 | 35 | 87,5 |
| Pedagogia | 41 | 37 | 90,2 | 35 | 19 | 54,2 |
| Psicologia | 43 | 33 | 76,7 | 39 | 31 | 79,4 |
| Química (bacharelado/licenciatura) | 61 | 23 | 37,7 | 20 | 7 | 35,0 |
| Serviço Social | 30 | 13 | 43,3 | 26 | 24 | 92,3 |
| Turismo | 46 | 32 | 69,5 | 42 | 26 | 61,9 |
| Total | 1308 | 956 | 73,0 | 1073 | 629 | 58,6 |

* Curso oferecido recentemente, para o qual não havia alunos no sétimo período.

FONTE: CHAVES, 2008.

5.1 Análise descritiva e exploratória dos dados

Os resultados das análises descritivas e exploratórias estão descritos na Tabela de número 2 até a de número 12. Embora não apresentado na Tabela 09, a bebida mais consumida semanalmente pelos universitários foi a cerveja (822 universitários relataram consumi-la); destilados foram referidos por 255 indivíduos (27,24%) e o vinho, por 196 (20,94%). O cigarro, como seria de se esperar, foi à opção mais frequente dentre as alternativas propostas de uso de tabaco — 90,36% dos respondentes consumiam-no.

Com relação aos desfechos avaliados na pesquisa (Tabela 12), os resultados indicaram que, dentre os estudantes avaliados, foi positivamente identificado pelos instrumentos de rastreamento que: 8,2% apresentavam Compulsão Alimentar Periódica, 13,9%, Depressão, 3,8%, Ansiedade e 10,1%, Insatisfação corporal.

TABELA 2 Análise descritiva e exploratória das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|--|------------|------|
| TURNO DO CURSO (n= 1.585) | | |
| Diurno | 1136 | 71,7 |
| Noturno | 449 | 28,3 |
| BLOCO DE ESTUDO (n= 1.585) | | |
| CSA ⁺ | 407 | 25,7 |
| CS ⁺⁺ | 347 | 21,9 |
| CE ⁺⁺⁺ | 306 | 19,3 |
| CH ⁺⁺⁺⁺ | 260 | 16,4 |
| Especial* | 265 | 16,7 |
| PERÍODO EM QUE ESTÁ MATRICULADO (n= 1.585) | | |
| Primeiro Período | 956 | 60,3 |
| Sétimo Período | 629 | 39,7 |
| IDADE EM QUE CONCLUIU O ENSINO MÉDIO (n= 1.569) | | |
| Até 20 anos | 1552 | 98,9 |
| 21 anos ou mais | 17 | 1,1 |
| INICIOU OU COMPLETOU OUTRO CURSO SUPERIOR (n= 1.579) | | |
| Não | 1434 | 90,8 |
| Sim | 145 | 9,2 |
| OUTRAS ATIVIDADES ESTUDANTIS REALIZADAS (n= 1.571) | | |
| Não participa | 871 | 55,4 |
| Pesquisa | 140 | 8,9 |
| Extensão | 135 | 8,6 |
| Monitoria | 78 | 5,0 |
| Política estudantil | 42 | 2,7 |
| Cursos extracurriculares | 264 | 16,8 |
| Outras | 41 | 2,6 |
| MÉDIA DE HORAS SEMANAL DE DEDICAÇÃO À VIDA ESTUDANTIL (n= 1.549)** | | |
| Abaixo da mediana | 974 | 62,9 |
| Acima da mediana | 575 | 37,1 |
| AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESCOLAR (n= 1.573) | | |
| Até 5,9 pontos | 85 | 5,4 |
| 6 pontos ou mais | 1488 | 94,6 |

⁺ CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS ⁺⁺ CIÊNCIAS DA SAÚDE ⁺⁺⁺ CIÊNCIAS EXATAS ⁺⁺⁺⁺ CIÊNCIAS HUMANAS

* **Bloco especial:** participantes de que tivessem iniciado outro curso superior e que tivesse idade \geq que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou idade \geq 23 anos, para o 7º período.

****Mediana:** 40 (+/- 18,26 DP, mínima 1 e máxima 140).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 3 Análise descritiva e exploratória das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|--|------------|------|
| SEXO (n= 1.581) | | |
| Masculino | 711 | 45,0 |
| Feminino | 870 | 55,0 |
| IDADE – FAIXA ETÁRIA (n= 1.580)* | | |
| Abaixo da mediana | 812 | 51,4 |
| Acima da mediana | 768 | 48,6 |
| ESTADO CIVIL (n= 1.581) | | |
| Solteiro | 1510 | 95,5 |
| Casado/ Companheiro(a) | 57 | 3,6 |
| Separado/ Desquitado/ Divorciado(a) | 12 | 0,8 |
| Viúvo(a) | 1 | 0,1 |
| Outros | 1 | 0,1 |
| COM QUEM MORA (n= 1.583) | | |
| Cônjuge/ companheiro(a) | 58 | 3,7 |
| Sozinho(a) | 89 | 5,6 |
| Amigos/ República | 320 | 20,2 |
| Pais | 909 | 57,4 |
| Outros parentes | 177 | 11,2 |
| Pensão | 23 | 1,5 |
| Outros | 7 | 0,4 |
| SITUAÇÃO OCUPACIONAL (n= 1.583) | | |
| Somente estudante | 1023 | 64,6 |
| Estudante/ Estagiário | 350 | 22,1 |
| Estudante/ Empregado | 194 | 12,3 |
| Outros | 16 | 1,0 |
| RENDA PESSOAL (n= 1.573) | | |
| Não tem renda pessoal | 944 | 60,0 |
| Menos de 1 salário mínimo | 317 | 20,2 |
| De 1 a 5 salários mínimos | 287 | 18,2 |
| De 6 a 10 salários mínimos | 16 | 1,0 |
| 11 ou mais salários mínimos | 9 | 0,6 |
| RENDA FAMILIAR (n= 1.510) | | |
| Menos de 3 salários mínimos | 150 | 9,9 |
| De 3 a 5 salários mínimos | 447 | 29,6 |
| De 6 a 10 salários mínimos | 476 | 31,5 |
| De 11 a 20 salários mínimos | 291 | 19,3 |
| De 21 a 30 salários mínimos | 96 | 6,4 |
| De 31 a 40 salários mínimos | 30 | 2,0 |
| 41 ou mais salários mínimos | 20 | 1,3 |
| RELIGIOSIDADE (n= 1.581) | | |
| Não tem religião | 328 | 20,7 |
| Religião Católica | 828 | 52,4 |
| Uma das Religiões Protestantes Tradicionais | 90 | 5,7 |
| Uma das Religiões Evangélicas, Pentecostais, Neopentecostais | 44 | 2,8 |
| Espírita/ kardecista | 240 | 15,2 |
| Esotéricas | 20 | 1,3 |
| Outra Religião | 31 | 2,0 |
| FREQUÊNCIA RELIGIOSA (n= 1.264) | | |
| Não participa de forma regular | 429 | 33,9 |
| Todos os dias | 19 | 1,5 |
| 02 a 06 vezes por semana | 121 | 9,6 |
| 01 vez por semana | 405 | 32,0 |
| 01 a 03 dias no mês | 121 | 9,6 |
| Algumas vezes por ano | 169 | 13,4 |

* **Mediana:** 20 (+/- 3,99 DP, mínima 17 e máxima 61).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 4 Análise descritiva e exploratória das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|---|------------|------|
| PESSOA QUE PROCURARIA NA EVENTUALIDADE DE PROBLEMA PESSOAL (n= 1.578) | | |
| Cônjuge/companheiro(a) | 120 | 7,6 |
| Pai | 208 | 13,8 |
| Mãe | 920 | 58,3 |
| Outros familiares | 73 | 4,6 |
| Amigos/colegas | 153 | 9,7 |
| Professor(a) | 1 | 0,1 |
| Profissionais especializados | 33 | 2,1 |
| Líder religioso | 10 | 0,6 |
| Livros e ou artigos científicos | 6 | 0,4 |
| Ninguém | 43 | 2,7 |
| Outros | 11 | 0,7 |
| ATIVIDADE DE LAZER QUE SE DEDICA MAIS TEMPO (n= 1.568) | | |
| Ficar/sair com cônjuge/companheiro(a) | 373 | 23,8 |
| Ir a igreja ou serviço religioso | 48 | 3,1 |
| Frequentar clubes | 12 | 0,8 |
| Estar/ sair só c/ amigos de mesmo sexo | 17 | 1,1 |
| Estar ou sair c/ amigos do sexo oposto | 10 | 0,6 |
| Estar ou sair c/ amigos de ambos sexos | 315 | 20,1 |
| Frequentar a casa de amigos | 30 | 1,9 |
| Praticar esportes | 65 | 4,1 |
| Assistir a televisão | 111 | 7,1 |
| Estar ou sair com a família | 87 | 5,5 |
| Ir ao shopping | 6 | 0,4 |
| Ir ao cinema | 12 | 0,8 |
| Frequentar bares | 69 | 4,4 |
| Ler livros de sua área de formação | 43 | 2,7 |
| Frequentar congressos, cursos, reuniões acadêmicas | 3 | 0,2 |
| Ler outros livros | 32 | 2,0 |
| Ler jornais, revistas | 9 | 0,6 |
| Viajar | 10 | 0,6 |
| Trabalhar em um hobby | 24 | 1,5 |
| Jogos de mesa (sinuca, xadrez, baralho) | 11 | 0,7 |
| Usar o computador | 182 | 11,6 |
| Dormir | 71 | 4,5 |
| Outro | 28 | 1,8 |
| SENTIMENTO DE FELICIDADE (n= 1.539) | | |
| Nunca | 3 | 0,2 |
| Raramente | 104 | 6,8 |
| Frequentemente | 786 | 51,1 |
| Sempre | 646 | 42,0 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 5 Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|---|------------|------|
| TER TIDO OU NÃO UMA RELAÇÃO SEXUAL (n= 1.513) | | |
| Nunca tiveram relação sexual | 374 | 24,7 |
| Já tiveram relação sexual | 1139 | 75,3 |
| IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL (n= 1.007)* | | |
| Abaixo da mediana | 641 | 63,7 |
| Acima da mediana | 366 | 36,3 |
| OPÇÃO SEXUAL (n= 1.152) | | |
| Heterossexuais | 1106 | 96,0 |
| Homossexuais | 26 | 2,3 |
| Bissexuais | 20 | 1,7 |
| UTILIZAÇÃO DE MÉTODO PREVENTIVO PARA DST'S (n= 1.142) | | |
| Nunca utiliza método de prevenção | 83 | 7,3 |
| Às vezes utiliza método de prevenção | 329 | 28,8 |
| Sempre utiliza método de prevenção | 730 | 63,9 |

* **Mediana:** 17 (+/- 2,07 DP, mínima 7 e máxima 33).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 6 Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|--|------------|------|
| BEBIDA ALCOÓLICA (n= 1.570) | | |
| Não | 179 | 11,4 |
| Sim | 1391 | 88,6 |
| TABACO (n= 1.579) | | |
| Não | 950 | 60,2 |
| Sim | 629 | 39,8 |
| MACONHA (n= 1.571) | | |
| Não | 1241 | 79,0 |
| Sim | 330 | 21,0 |
| COCAÍNA (n= 1.578) | | |
| Não | 1498 | 95,1 |
| Sim | 78 | 4,9 |
| CRACK (n= 1.577) | | |
| Não | 1566 | 99,3 |
| Sim | 11 | 0,7 |
| ECSTASY (n= 1.579) | | |
| Não | 1500 | 95,0 |
| Sim | 79 | 5,0 |
| ANFETAMINAS (n= 1.574) | | |
| Não | 1378 | 87,5 |
| Sim | 196 | 12,5 |
| BENZODIAZEPÍNICOS (n= 1.558) | | |
| Não | 1344 | 86,3 |
| Sim | 214 | 13,7 |
| SOLVENTES (n= 1.580) | | |
| Não | 1228 | 77,7 |
| Sim | 352 | 22,3 |
| LSD (n= 1.581) | | |
| Não | 1505 | 95,0 |
| Sim | 76 | 4,8 |
| REMÉDIO PARA AUMENTO DE MASSA MUSCULAR OU POTÊNCIA SEXUAL (n= 1.582) | | |
| Não | 1556 | 98,4 |
| Sim | 26 | 1,6 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 7 Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas ao comportamento de uso-no-mês de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | | Frequência | % |
|--|-----|-------------------|----------|
| BEBIDA ALCOÓLICA (n= 1.555) | Não | 547 | 35,2 |
| | Sim | 1008 | 64,8 |
| TABACO (n= 1.563) | Não | 1329 | 85,0 |
| | Sim | 234 | 15,0 |
| MACONHA (n= 1.565) | Não | 1467 | 93,7 |
| | Sim | 98 | 6,3 |
| COCAÍNA (n= 1.569) | Não | 1555 | 99,1 |
| | Sim | 14 | 0,9 |
| CRACK (n= 1.573) | Não | 1569 | 99,7 |
| | Sim | 4 | 0,3 |
| ECSTASY (n= 1.571) | Não | 1561 | 99,4 |
| | Sim | 10 | 0,6 |
| BENZODIAZEPÍNICOS (n= 1.564) | Não | 1514 | 96,8 |
| | Sim | 50 | 3,2 |
| SOLVENTES (n= 1.571) | Não | 1533 | 97,6 |
| | Sim | 38 | 2,4 |
| LSD (n= 1.571) | Não | 1558 | 99,2 |
| | Sim | 13 | 0,8 |
| REMÉDIO PARA AUMENTO DE MASSA MUSCULAR OU POTÊNCIA SEXUAL (n= 1.575) | Não | 1573 | 99,9 |
| | Sim | 2 | 0,1 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 8 Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % | |
|---|-----------------|-----|-------|
| BEBIDA ALCOÓLICA (n= 971) | Até 15 anos | 609 | 62,7 |
| | 16 a 17 anos | 237 | 24,4 |
| | 18 anos ou mais | 125 | 12,9 |
| TABACO (n= 497) | Até 15 anos | 217 | 43,7 |
| | 16 a 17 anos | 164 | 33,0 |
| | 18 anos ou mais | 116 | 23,3 |
| MACONHA (n= 287) | Até 15 anos | 64 | 22,3 |
| | 16 a 17 anos | 99 | 34,5 |
| | 18 anos ou mais | 124 | 43,2 |
| COCAÍNA (n= 64) | Até 15 anos | 12 | 18,8 |
| | 16 a 17 anos | 11 | 17,2 |
| | 18 anos ou mais | 41 | 64,1 |
| CRACK (n= 8) | Até 15 anos | -- | -- |
| | 16 a 17 anos | -- | -- |
| | 18 anos ou mais | 8 | 100,0 |
| ECSTASY (n= 71) | Até 15 anos | 1 | 1,4 |
| | 16 a 17 anos | 14 | 19,7 |
| | 18 anos ou mais | 56 | 78,9 |
| ANFETAMINAS (n= 167) | Até 15 anos | 24 | 14,4 |
| | 16 a 17 anos | 35 | 21,0 |
| | 18 anos ou mais | 108 | 64,7 |
| BENZODIAZEPÍNICOS (n= 172) | Até 15 anos | 27 | 15,7 |
| | 16 a 17 anos | 41 | 23,8 |
| | 18 anos ou mais | 104 | 60,5 |
| SOLVENTES (n= 294) | Até 15 anos | 80 | 27,2 |
| | 16 a 17 anos | 110 | 37,4 |
| | 18 anos ou mais | 104 | 35,4 |
| LSD (n= 67) | Até 15 anos | 3 | 4,5 |
| | 16 a 17 anos | 14 | 20,9 |
| | 18 anos ou mais | 50 | 74,6 |
| REMÉDIO PARA AUMENTO DE MASSA MUSCULAR OU POTÊNCIA SEXUAL (n= 21) | Até 15 anos | 1 | 4,8 |
| | 16 a 17 anos | 10 | 47,6 |
| | 18 anos ou mais | 10 | 47,6 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 9 Análise descritiva e exploratória das relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | Frequência | % |
|---|------------|------|
| CONSUMO MÉDIO, POR SEMANA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (n= 936)* | | |
| Abaixo da mediana | 482 | 51,5 |
| Acima da mediana | 454 | 48,5 |
| CAGE (n=1.370) | | |
| Positivo | 109 | 8,0 |
| Negativo | 1261 | 92,0 |
| CONSUMO MÉDIO, POR DIA DE TABACO (n= 166)** | | |
| Abaixo da mediana | 94 | 56,6 |
| Acima da mediana | 72 | 43,4 |
| VIA DE UTILIZAÇÃO DE COCAÍNA (n= 77) | | |
| Exclusivamente injetada | 1 | 1,3 |
| Igualmente injetada e inalada | 2 | 2,6 |
| Mais frequentemente inalada | 9 | 11,7 |
| Exclusivamente inalada | 65 | 84,4 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE ANFETAMÍNICOS (n= 183) | | |
| Exclusivamente para ficar acordado | 104 | 56,8 |
| Mais frequentemente para ficar acordado | 16 | 8,7 |
| Igualmente para emagrecer e ficar acordado | 17 | 9,3 |
| Mais frequentemente para emagrecer | 13 | 7,1 |
| Exclusivamente para emagrecer | 33 | 18,0 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS (n= 210) | | |
| Exclusivamente por prescrição médica | 116 | 55,2 |
| Mais frequentemente por prescrição médica | 9 | 4,3 |
| Igualmente por prescrição médica e automedicação | 18 | 8,6 |
| Mais frequentemente por automedicação | 21 | 10,0 |
| Exclusivamente por automedicação | 46 | 21,9 |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ ÁLCOOL E OU TABACO (n= 1.323) | | |
| Prática religiosa | 1 | 0,1 |
| Por curiosidade | 439 | 33,2 |
| Diversão ou prazer | 682 | 51,5 |
| Porque meus amigos/ namorado usavam | 58 | 4,4 |
| Cônjuge usa | 2 | 0,2 |
| Para me relacionar melhor com outras pessoas | 35 | 2,6 |
| Alívio da tensão psicológica | 25 | 1,9 |
| Não sei | 61 | 4,6 |
| Outros | 20 | 1,5 |
| MUDANÇA OCORRIDA EM SUA VIDA DEPOIS DE UTILIZAR ÁLCOOL E OU TABACO (n= 1.332) | | |
| Sim, melhorou | 240 | 18,0 |
| Sim, piorou | 50 | 3,8 |
| Não se modificou | 934 | 70,1 |
| Não sei | 108 | 8,1 |

TABELA 9 Análise descritiva e exploratória das relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

(Continuação)

| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ AS DEMAIS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DESCRITAS NO QUESTIONÁRIO (n= 483) | | |
|--|-----|------|
| Prática religiosa | 5 | 1,0 |
| Por curiosidade | 263 | 54,5 |
| Diversão ou prazer | 127 | 26,3 |
| Porque meus amigos/ namorado usavam | 13 | 2,7 |
| Cônjuge usa | 1 | 0,2 |
| Para me relacionar melhor com outras pessoas | 2 | 0,4 |
| Tratamento de problema de saúde | 26 | 5,4 |
| Alívio da tensão psicológica | 18 | 3,7 |
| Alívio do cansaço, fome, frio | 1 | 0,2 |
| Alívio do sono | 5 | 1,0 |
| Auxiliar desempenho dos estudos e ou profissional | 2 | 0,4 |
| Não sei | 18 | 3,7 |
| Outros | 2 | 0,4 |

* **Mediana:** 3 (+/- 6,41 DP, mínima 0,25 e máxima 61). ** **Mediana:** 3 (+/- 8,72 DP, mínima 1 e máxima 60).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 10 Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|---|------------|------|
| REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PLÁSTICA (n= 1.584) | | |
| Não | 1528 | 96,5 |
| Sim | 56 | 3,5 |
| EM QUE PARTE DO CORPO REALIZOU (n= 50) | | |
| Nariz | 9 | 18,0 |
| Rosto | 8 | 16,0 |
| Seios | 16 | 32,0 |
| Outras | 17 | 34,0 |
| VONTADE DE REALIZAR CIRURGIA PLÁSTICA (n= 1.579) | | |
| Não | 1199 | 75,9 |
| Sim | 380 | 24,1 |
| EM QUE PARTE DO CORPO QUER REALIZAR (n= 353) | | |
| Nariz | 91 | 25,8 |
| Seios | 116 | 32,9 |
| Abdome | 78 | 22,1 |
| Outras | 68 | 19,3 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MAIS GOSTA (n= 1.361) | | |
| Olhos | 395 | 29,0 |
| Boca | 175 | 12,9 |
| Rosto | 170 | 12,5 |
| Outras | 621 | 45,6 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MENOS GOSTA (n= 1.260) | | |
| Abdome | 322 | 25,6 |
| Pés | 194 | 15,4 |
| Nariz | 173 | 13,7 |
| Outras | 571 | 45,3 |
| FEZ OU FAZ TRATAMENTO PARA ALGUMA DOENÇA CRÔNICA (n= 1.538) | | |
| Não | 1326 | 86,2 |
| Sim | 212 | 13,8 |
| QUAL DOENÇA (n= 71) | | |
| Diabetes Mellitus | 8 | 11,3 |
| Hipertensão Arterial | 7 | 9,9 |
| Doença Renal | 10 | 14,1 |
| Doença da Tireóide | 11 | 15,5 |
| Doença Psiquiátrica | 23 | 32,4 |
| Obesidade | 7 | 9,9 |
| Doença Reumática | 5 | 7,0 |
| FEZ OU FAZ USO CONSTANTE DE ALGUMA MEDICAÇÃO (n= 1.573) | | |
| Não | 1180 | 75,0 |
| Sim | 393 | 25,0 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 11 Análise descritiva e exploratória da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|------------------|------------|------|
| IMC (n= 1.543) | | |
| Abaixo do peso* | 160 | 10,4 |
| Peso normal** | 1157 | 75,0 |
| Acima do peso*** | 226 | 14,6 |

* IMC até 18, 49 **IMC 18,5 a 24,99 ***IMC 25,0 ou mais.

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 12 Análise descritiva e exploratória das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | Frequência | % |
|---|------------|------|
| COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (n= 1.434)* | | |
| Ausência | 1317 | 91,8 |
| Moderada | 87 | 6,1 |
| Grave | 30 | 2,1 |
| DEPRESSÃO (n= 1.439)** | | |
| Mínima | 1146 | 79,6 |
| Leve | 238 | 16,5 |
| Moderada | 48 | 3,3 |
| Grave | 7 | 0,5 |
| ANSIEDADE (n= 1.452)*** | | |
| Mínima | 965 | 66,5 |
| Leve | 286 | 19,7 |
| Moderada | 177 | 12,2 |
| Grave | 24 | 1,7 |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL (n= 1.482)**** | | |
| Ausência | 1332 | 89,9 |
| Leve | 91 | 6,1 |
| Moderada | 43 | 2,9 |
| Grave | 16 | 1,1 |

* Sem Compulsão Alimentar Periódica (ausência) e Com Compulsão Alimentar Periódica (moderada e grave)

** Sem Depressão (mínima e leve) e Com Depressão (moderada e grave)

*** Sem Ansiedade (mínima e leve) e Com Ansiedade (moderada e grave)

**** Sem insatisfação corporal (ausência) e Com insatisfação corporal (leve, moderada e grave)

FONTE: CHAVES, 2008.

5.2 Análises Bivariada

Os resultados das análises bivariadas estão descritos na Tabela de número 13 até a de número 52.

5.2.1 Compulsão Alimentar Periódica

Os resultados das análises bivariadas para o desfecho de Compulsão alimentar periódica estão descritos na Tabela de número 13 até a de número 22.

TABELA 13 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|--|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| TURN DO CURSO | p= 0,288 | | |
| Diurno | 92,3 | 7,7 | 1029 |
| Noturno | 90,6 | 9,4 | 405 |
| TOTAL | 1317 91,8% | 117 8,2% | 1434 |
| BLOCO DE ESTUDO | p= 0,194 | | |
| CSA ⁺ | 92,6 | 7,4 | 364 |
| CS ⁺⁺ | 90,2 | 9,8 | 326 |
| CE ⁺⁺⁺ | 94,9 | 5,1 | 274 |
| CH ⁺⁺⁺⁺ | 90,0 | 10,0 | 239 |
| Especial* | 91,3 | 8,7 | 231 |
| TOTAL | 1317 91,8% | 117 8,2% | 1434 |
| PERÍODO MATRICULADO | p= 0,049 | | |
| Primeiro | 93,0 | 7,0 | 858 |
| Sétimo | 90,1 | 9,9 | 576 |
| TOTAL | 1317 91,8% | 117 8,2% | 1434 |
| INICIOU OU COMPLETOU OUTRO CURSO SUPERIOR | p= 0,235 | | |
| Não | 92,1 | 7,9 | 1300 |
| Sim | 89,1 | 10,9 | 128 |
| TOTAL | 1311 91,8% | 117 8,2% | 1428 |
| OUTRAS ATIVIDADES ESTUDANTIS | p= 0,361 | | |
| Não participa | 92,4 | 7,6 | 787 |
| Participa | 91,0 | 9,0 | 636 |
| TOTAL | 1306 91,8% | 117 8,2% | 1423 |
| MÉDIA DE HORAS DEDICAÇÃO À VIDA ESTUDANTIL** | p= 0,317 | | |
| Abaixo mediana | 92,4 | 7,6 | 890 |
| Acima mediana | 90,8 | 9,2 | 513 |
| TOTAL | 1288 91,8% | 115 8,2% | 1403 |
| AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESCOLAR | p= 0,561 | | |
| Até 5,9 pontos | 90,0 | 10,0 | 70 |
| 6 pontos ou mais | 91,9 | 8,1 | 1354 |
| TOTAL | 1308 91,9% | 116 8,1% | 1424 |

⁺ CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS ⁺⁺ CIÊNCIAS DA SAÚDE ⁺⁺⁺ CIÊNCIAS EXATAS ⁺⁺⁺⁺ CIÊNCIAS HUMANAS

* **Bloco especial:** participantes que tivessem iniciado outro curso superior e que tivessem idade \geq que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou idade \geq a 23 anos, no 7º período.

****Mediana:** 40 (+/- 18,26 DP, mínima 1 e máxima 140).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 14 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| SEXO | p= 0,000 | | |
| Masculino | 96,6 | 3,4 | 646 |
| Feminino | 87,9 | 12,1 | 785 |
| TOTAL | 1314 91,8% | 117 8,2% | 1431 |
| IDADE – FAIXA ETÁRIA * | p= 0,044 | | |
| Abaixo mediana | 93,2 | 6,8 | 739 |
| Acima mediana | 90,3 | 9,7 | 692 |
| TOTAL | 1314 91,8% | 117 8,2% | 1431 |
| ESTADO CIVIL | p= 0,015 # | | |
| Solteiro | 92,3 | 7,7 | 1370 |
| Outros | 83,6 | 16,4 | 61 |
| TOTAL | 1315 91,9% | 116 8,1% | 1431 |
| COM QUEM MORA | p= 0,495 | | |
| Pais | 92,3 | 7,7 | 814 |
| Outros | 91,3 | 8,7 | 618 |
| TOTAL | 1315 91,8% | 117 8,2% | 1432 |
| SITUAÇÃO OCUPACIONAL ATUAL | p= 0,963 | | |
| Somente estudante | 91,9 | 8,1 | 933 |
| Outros | 91,8 | 8,2 | 499 |
| TOTAL | 1315 91,8% | 117 8,2% | 1432 |
| RENDA PESSOAL | p= 0,112 | | |
| Não ter Renda | 92,7 | 7,3 | 866 |
| Ter renda | 90,4 | 9,6 | 560 |
| TOTAL | 1309 91,8% | 117 8,2% | 1426 |
| RENDA FAMILIAR | p= 0,788 | | |
| Até 10 SM | 91,9 | 8,1 | 967 |
| 11 ou mais SM | 92,4 | 7,6 | 406 |
| TOTAL | 1264 92,1% | 109 7,9% | 1373 |
| RELIGIOSIDADE | p= 0,110 | | |
| Não ter religião | 94,1 | 5,9 | 289 |
| Ter religião | 91,2 | 8,8 | 1141 |
| TOTAL | 1313 91,8% | 117 8,2% | 1430 |
| RELIGIÃO | p= 0,159 | | |
| Religião Católica | 92,1 | 7,9 | 768 |
| Demais religiões | 89,5 | 10,5 | 373 |
| TOTAL | 1041 91,2% | 100 8,8% | 1141 |
| FREQUÊNCIA RELIGIOSA | p= 0,513 | | |
| Maior Frequência | 90,6 | 9,4 | 511 |
| Menor Frequência | 91,7 | 8,3 | 639 |
| TOTAL | 1049 91,2% | 101 8,8% | 1150 |

* Mediana: 20 (+/- 3,99 DP, mínima 17 e máxima 61). # Fisher's Exact Test: p= 0,027

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 15 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|--|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| PESSOA QUE PROCURARIA NA EVENTUALIDADE DE PROBLEMA PESSOAL | p= 0,122 | | |
| Mãe | 92,8 | 7,2 | 842 |
| Outros | 90,5 | 9,5 | 588 |
| TOTAL | 1313 91,8% | 117 8,2% | 1430 |
| ATIVIDADE DE LAZER A QUE SE DEDICA MAIS TEMPO | p= 0,778 | | |
| Sair/ ficar com conjuge ou companheiro(a) | 91,3 | 8,7 | 335 |
| Estar c/ amigos ambos sexos | 92,1 | 7,9 | 290 |
| Usar computador | 93,9 | 6,1 | 165 |
| Outros | 91,7 | 8,3 | 629 |
| TOTAL | 1305 92,0% | 114 8,0% | 1419 |
| SENTIMENTO DE FELICIDADE | p= 0,000 | | |
| Nunca/ raramente | 73,7 | 26,3 | 99 |
| Sempre/ frequentemente | 93,1 | 6,9 | 1301 |
| TOTAL | 12,84 91,7% | 116 8,3% | 1400 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 16 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|--|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| TER TIDO OU NÃO UMA RELAÇÃO SEXUAL | p= 0,952 | | |
| Não ter relação sexual | 91,7 | 8,3 | 338 |
| Já ter relação sexual | 91,8 | 8,2 | 1039 |
| TOTAL | 1264 91,8% | 113 8,2% | 1377 |
| IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL * | p= 0,006 | | |
| Abaixo da mediana | 93,2 | 6,8 | 592 |
| Acima da mediana | 87,9 | 12,1 | 331 |
| TOTAL | 843 91,3% | 80 8,7% | 923 |
| OPÇÃO SEXUAL | p= 0,385 | | |
| Heterossexual | 92,1 | 7,9 | 1008 |
| Homossexual ou bissexual | 88,4 | 11,6 | 43 |
| TOTAL | 966 91,9% | 85 8,1% | 1051 |
| UTILIZAÇÃO DE MÉTODO PREVENTIVO PARA DST'S | p= 0,004 | | |
| Nunca | 84,0 | 16,0 | 75 |
| Às vezes | 89,8 | 10,2 | 295 |
| Sempre | 93,8 | 6,2 | 673 |
| TOTAL | 959 91,9% | 84 8,1% | 1043 |

* **Mediana:** 17 (+/- 2,07 DP, mínima 7 e máxima 33).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 17 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|--|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,128 | | |
| Nunca usou | 95,2 | 4,8 | 147 |
| Usou pelo menos um | 91,6 | 8,4 | 1264 |
| TOTAL | 1303 92,0% | 113 8,0% | 1416 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,463 | | |
| Nunca usou | 92,3 | 7,7 | 989 |
| Usou pelo menos um | 91,2 | 8,8 | 430 |
| TOTAL | 1305 92,0% | 114 8,0% | 1419 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,000 | | |
| Nunca usou | 94,7 | 5,3 | 1080 |
| Usou pelo menos um | 83,2 | 16,8 | 327 |
| TOTAL | 1295 92,0% | 112 8,0% | 1407 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 18 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|--|-------------------------------------|---------------------------|------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,824 | | |
| Até 15 anos | 90,4 | 9,6 | 615 |
| 16 a 17 anos | 91,2 | 8,8 | 227 |
| 18 anos ou mais | 92,1 | 7,9 | 114 |
| TOTAL | 868 90,8% | 88 9,2% | 956 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,669 | | |
| Até 15 anos | 88,5 | 11,5 | 113 |
| 16 a 17 anos | 91,6 | 8,4 | 131 |
| 18 anos ou mais | 91,2 | 8,8 | 148 |
| TOTAL | 355 90,6% | 37 9,4% | 392 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,503 | | |
| Até 15 anos | 76,7 | 23,3 | 43 |
| 16 a 17 anos | 85,3 | 14,7 | 75 |
| 18 anos ou mais | 81,7 | 18,3 | 164 |
| TOTAL | 231 81,9% | 51 18,1% | 282 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 19 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|---|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS* | p= 0,739 | | |
| Abaixo da mediana | 91,0 | 9,0 | 443 |
| Acima da mediana | 91,6 | 8,4 | 429 |
| TOTAL | 796 91,3 | 76 8,7 | 872 |
| CAGE | p= 0,005 | | |
| Negativo | 92,1 | 7,9 | 1147 |
| Positivo | 84,1 | 15,9 | 107 |
| TOTAL | 1146 91,4% | 108 8,6% | 1254 |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE TABACO** | p= 0,296 | | |
| Abaixo da mediana | 90,6 | 9,4 | 85 |
| Acima da mediana | 85,1 | 14,9 | 67 |
| TOTAL | 134 88,2 | 18 11,8 | 152 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE ANFETAMÍNICOS | p= 0,000 | | |
| Exclusivamente para ficar acordado | 94,9 | 5,1 | 99 |
| Outras | 85,3 | 34,7 | 75 |
| TOTAL | 143 82,2% | 31 17,8% | 174 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS | p= 0,701 | | |
| Exclusivamente por prescrição médica | 78,7 | 21,3 | 108 |
| Outras | 81,0 | 19,0 | 84 |
| TOTAL | 153 79,7 | 39 20,3 | 192 |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ ÁLCOOL E OU TABACO | p= 0,178 | | |
| Diversão ou prazer | 92,8 | 7,2 | 623 |
| Outros | 90,6 | 9,4 | 588 |
| TOTAL | 1111 91,7% | 100 8,3% | 1211 |
| MUDANÇA OCORRIDA EM SUA VIDA DEPOIS DO USAR ÁLCOOL E OU CIGARRO | | | |
| Não se modificou | | | |
| Outras | 90,4 | 9,6 | 364 |
| TOTAL | 1120 91,7% | 102 8,3% | 1222 |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ AS DEMAIS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DESCRITAS NO QUESTIONÁRIO | p= 0,020 | | |
| Por curiosidade | | | |
| Outros | 85,9 | 14,1 | 198 |
| TOTAL | 397 89,6% | 46 10,4% | 443 |

* Mediana: 3 (+/- 5,54 DP, mínima 0,25 e máxima 53). ** Mediana: 1 (+/- 1,87 DP, mínima 0,50 e máxima 15)
 FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 20 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|---|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| PRESENÇA DE CIRURGIA PLÁSTICA | p= 0,001 # | | |
| Não | 92,3 | 7,7 | 1380 |
| Sim | 79,2 | 20,8 | 53 |
| TOTAL | 1316 91,8% | 117 8,2% | 1433 |
| VONTADE DE REALIZAR CIRURGIA PLÁSTICA | p= 0,000 | | |
| Não | 94,6 | 5,4 | 1080 |
| Sim | 83,0 | 17,0 | 348 |
| TOTAL | 1311 91,8% | 117 8,2% | 1428 |
| EM QUE PARTE DO CORPO QUER REALIZAR | p= 0,003 | | |
| Nariz | 89,4 | 10,6 | 85 |
| Seios | 80,2 | 19,8 | 106 |
| Abdome | 70,3 | 29,7 | 74 |
| Outros | 91,5 | 8,5 | 59 |
| TOTAL | 267 82,4% | 57 17,6% | 324 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MAIS GOSTA | p= 0,550 | | |
| Olhos | 92,2 | 7,8 | 361 |
| Boca | 89,0 | 11,0 | 163 |
| Rosto | 93,0 | 7,0 | 158 |
| Outros | 91,7 | 8,3 | 563 |
| TOTAL | 1141 91,6% | 104 8,4% | 1245 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MENOS GOSTA | p= 0,000 | | |
| Abdome | 83,3 | 16,7 | 305 |
| Pés | 96,6 | 3,4 | 174 |
| Nariz | 96,7 | 3,3 | 151 |
| Outras | 92,0 | 8,0 | 525 |
| TOTAL | 1051 91,0% | 104 9,0% | 1155 |
| FEZ OU FAZ TRATAMENTO PARA ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? | p= 0,000 | | |
| Não | 93,3 | 6,7 | 1203 |
| Sim | 84,7 | 15,3 | 190 |
| TOTAL | 1284 92,2% | 109 7,8% | 1393 |
| FEZ OU FAZ USO CONSTANTE DE MEDICAÇÃO? | p= 0,842 | | |
| Não | 93,5 | 6,5 | 1077 |
| Sim | 87,0 | 13,0 | 346 |
| TOTAL | 1308 91,9% | 115 8,1% | 1423 |

Fisher's Exact Test: p= 0,003

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 21 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| IMC | p= 0,000 | | |
| Abaixo do peso* | 97,7 | 2,3 | 128 |
| Peso normal** | 93,4 | 6,6 | 1059 |
| Acima do peso*** | 81,0 | 19,0 | 211 |
| TOTAL | 1285 91,9% | 113 8,1% | 1398 |

* IMC até 18, 49 **IMC 18,5 a 24,99 ***IMC 25,0 ou mais

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 22 Compulsão alimentar periódica - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (CAP) | | Total |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM CAP | COM CAP | |
| COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA | -- | | |
| Sem compulsão | -- | -- | -- |
| Com Compulsão | -- | -- | -- |
| TOTAL | -- | -- | -- |
| DEPRESSÃO | p= 0,000 # | | |
| Sem Depressão | 93,1 | 6,9 | 1281 |
| Com Depressão | 65,3 | 34,7 | 49 |
| TOTAL | 1225 92,1% | 105 7,9% | 1330 |
| ANSIEDADE | p= 0,000 | | |
| Sem Ansiedade | 94,3 | 5,7 | 1137 |
| Com Ansiedade | 78,5 | 21,5 | 186 |
| TOTAL | 1218 92,1% | 105 7,9% | 1323 |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL | p= 0,000 | | |
| Satisfação corporal | 96,9 | 3,1 | 1207 |
| Insatisfação corporal | 51,7 | 48,3 | 147 |
| TOTAL | 1246 92,0% | 108 8,0% | 1354 |

Fisher's Exact Test: p= 0,000

FONTE: CHAVES, 2008.

5.2.2 Depressão

Os resultados das análises bivariadas para o desfecho de Depressão estão descritos na Tabela de número 23 até a de número 32.

TABELA 23 Depressão - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| TURN DO CURSO | p= 0,686 | | |
| Diurno | 96,3 | 3,7 | 1029 |
| Noturno | 95,9 | 4,1 | 410 |
| TOTAL | 1384 96,2% | 55 3,8 | 1439 |
| BLOCO DE ESTUDO | p= 0,463 | | |
| CSA ⁺ | 96,8 | 3,2 | 380 |
| CS ⁺⁺ | 97,1 | 2,9 | 310 |
| CE ⁺⁺⁺ | 96,4 | 3,6 | 279 |
| CH ⁺⁺⁺⁺ | 95,4 | 4,6 | 237 |
| Especial* | 94,4 | 5,6 | 233 |
| TOTAL | 1384 96,2% | 55 3,8% | 1439 |
| PERÍODO MATRICULADO | p= 0,005 | | |
| Primeiro | 97,3 | 2,7 | 861 |
| Sétimo | 94,4 | 5,6 | 576 |
| TOTAL | 1382 96,2% | 55 3,8% | 1437 |
| INICIOU OU COMPLETOU OUTRO CURSO SUPERIOR | p= 0,143 | | |
| Não | 96,4 | 3,6 | 1304 |
| Sim | 93,8 | 6,2 | 129 |
| TOTAL | 1378 96,2% | 55 3,8% | 1433 |
| OUTRAS ATIVIDADES ESTUDANTIS | p= 0,846 | | |
| Não participa | 96,2 | 3,8 | 796 |
| Participa | 96,0 | 4,0 | 630 |
| TOTAL | 1371 96,1% | 55 3,9% | 1426 |
| MÉDIA DE HORAS DEDICAÇÃO À VIDA ESTUDANTIL** | p= 0,173 | | |
| Abaixo mediana | 96,8 | 3,2 | 893 |
| Acima mediana | 95,3 | 4,7 | 512 |
| TOTAL | 1352 96,2% | 53 3,8% | 1405 |
| AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESCOLAR | p= 0,016 | | |
| Até 5,9 pontos | 91,0 | 9,0 | 78 |
| 6 pontos ou mais | 96,4 | 3,6 | 1350 |
| TOTAL | 1373 96,1% | 55 3,9% | 1428 |

+ CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS ++ CIÊNCIAS DA SAÚDE +++ CIÊNCIAS EXATAS ++++ CIÊNCIAS HUMANAS
 * **Bloco especial:** participantes que tivessem iniciado outro curso superior e que tivessem idade \geq que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou idade \geq a 23 anos, no 7º período. ****Mediana:** 40 (+/- 18,26 DP, mínima 1 e máxima 140).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 24 Depressão - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| SEXO | p= 0,046 | | |
| Masculino | 97,3 | 2,7 | 659 |
| Feminino | 95,2 | 4,8 | 777 |
| TOTAL | 1381 96,2% | 55 3,8% | 1436 |
| IDADE – FAIXA ETÁRIA * | p= 0,019 | | |
| Abaixo mediana | 97,3 | 2,7 | 745 |
| Acima mediana | 94,9 | 5,1 | 691 |
| TOTAL | 1381 96,2% | 55 3,8% | 1436 |
| ESTADO CIVIL | p= 0,352 | | |
| Solteiro | 96,1 | 3,9 | 1373 |
| Outros | 98,4 | 1,6 | 62 |
| TOTAL | 1380 96,2% | 55 3,8% | 1435 |
| COM QUEM MORA | p= 0,003 | | |
| Pais | 97,5 | 2,5 | 826 |
| Outros | 94,4 | 5,6 | 611 |
| TOTAL | 1382 96,2% | 55 3,8% | 1437 |
| SITUAÇÃO OCUPACIONAL ATUAL | p= 0,178 | | |
| Somente estudante | 96,7 | 3,3 | 932 |
| Outros | 95,2 | 4,8 | 505 |
| TOTAL | 1382 96,2% | 55 3,8% | 1437 |
| RENDA PESSOAL | p= 0,705 | | |
| Não ter renda | 96,3 | 3,7 | 867 |
| Ter renda | 95,9 | 4,1 | 563 |
| TOTAL | 1375 96,2% | 55 3,8% | 1430 |
| RENDA FAMILIAR | p= 0,906 | | |
| Até 10 SM | 96,2 | 3,8 | 969 |
| 11 ou mais SM | 96,3 | 3,7 | 407 |
| TOTAL | 1324 96,2% | 52 3,8% | 1376 |
| RELIGIOSIDADE | p= 0,871 | | |
| Não ter religião | 96,4 | 3,6 | 305 |
| Ter religião | 96,2 | 3,8 | 1130 |
| TOTAL | 1381 96,2% | 54 3,8% | 1435 |
| RELIGIÃO | p= 0,125 | | |
| Religião Católica | 96,8 | 3,2 | 753 |
| Demais religiões | 95,0 | 5,0 | 377 |
| TOTAL | 1087 96,2% | 43 3,8% | 1130 |
| FREQUÊNCIA RELIGIOSA | p= 0,764 | | |
| Maior frequência | 95,9 | 4,1 | 508 |
| Menor frequência | 96,2 | 3,8 | 634 |
| TOTAL | 1090 96,1% | 45 3,9% | 1142 |

* **Mediana:** 20 (+/- 3,99 DP, mínima 17 e máxima 61).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 25 Depressão - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| PESSOA QUE PROCURARIA NA EVENTUALIDADE DE PROBLEMA PESSOAL | p= 0,026 | | |
| Mãe | 97,1 | 2,9 | 834 |
| Outros | 94,8 | 5,2 | 599 |
| TOTAL | 1378 96,2% | 55 3,8% | 1433 |
| ATIVIDADE DE LAZER A QUE SE DEDICA MAIS TEMPO | p= 0,192 | | |
| Sair/ ficar com conjugue ou companheiro(a) | 98,0 | 2,0 | 346 |
| Estar c/ amigos ambos sexos | 94,9 | 5,1 | 293 |
| Usar computador | 96,3 | 3,8 | 160 |
| Outros | 95,7 | 4,3 | 627 |
| TOTAL | 1371 96,1% | 55 3,9% | 1426 |
| SENTIMENTO DE FELICIDADE | p= 0,000 [#] | | |
| Nunca/ raramente | 66,0 | 34,0 | 94 |
| Sempre/ frequentemente | 98,5 | 1,5 | 1307 |
| TOTAL | 1349 96,3% | 52 3,7% | 1401 |

[#] **Fisher's Exact Test: p= 0,000**

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 26 Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| TER TIDO OU NÃO UMA RELAÇÃO SEXUAL | p= 0,080 | | |
| Não ter relação sexual | 97,8 | 2,2 | 325 |
| Já ter relação sexual | 95,7 | 4,3 | 1054 |
| TOTAL | 1327 96,2% | 52 3,8% | 1379 |
| IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL * | p= 0,371 | | |
| Abaixo da mediana | 96,0 | 4,4 | 593 |
| Acima da mediana | 94,7 | 5,3 | 339 |
| TOTAL | 890 95,5% | 42 4,5% | 932 |
| OPÇÃO SEXUAL | p= 0,112 | | |
| Heterossexual | 96,0 | 4,0 | 1020 |
| Homossexual ou bissexual | 91,1 | 8,9 | 45 |
| TOTAL | 1020 95,8% | 45 4,2% | 1065 |
| UTILIZAÇÃO DE MÉTODO PREVENTIVO PARA DST's | p= 0,019 | | |
| Nunca | 93,7 | 6,3 | 79 |
| Às vezes | 93,5 | 6,5 | 309 |
| Sempre | 97,2 | 2,8 | 667 |
| TOTAL | 1011 95,8% | 44 4,2% | 1055 |

* **Mediana:** 17 (+/- 2,07 DP, mínima 7 e máxima 33).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 27 Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|--|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,107 | | |
| Nunca usou | 98,6 | 1,4 | 143 |
| Usou pelo menos um | 95,9 | 4,1 | 1280 |
| TOTAL | 1368 96,1% | 55 3,9% | 1423 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,025 | | |
| Nunca usou | 97,0 | 3,0 | 989 |
| Usou pelo menos um | 94,5 | 5,5 | 437 |
| TOTAL | 1372 96,2% | 54 3,8% | 1426 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,000 | | |
| Nunca usou | 98,2 | 1,8 | 1079 |
| Usou pelo menos um | 90,4 | 9,6 | 333 |
| TOTAL | 1361 96,4% | 51 3,6% | 1412 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 28 Depressão - Análise bivariada das variáveis das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|--|----------------------------|---------------------------|------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,247 | | |
| Até 15 anos | 94,8 | 5,2 | 617 |
| 16 a 17 anos | 97,4 | 2,6 | 231 |
| 18 anos ou mais | 94,5 | 5,5 | 109 |
| TOTAL | 913 95,4% | 44 4,6% | 957 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,179 | | |
| Até 15 anos | 95,5 | 4,5 | 110 |
| 16 a 17 anos | 96,2 | 3,8 | 132 |
| 18 anos ou mais | 91,4 | 8,6 | 151 |
| TOTAL | 370 94,1% | 23 5,9% | 393 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,037 | | |
| Até 15 anos | 78,6 | 21,4 | 42 |
| 16 a 17 anos | 89,3 | 10,7 | 75 |
| 18 anos ou mais | 92,2 | 7,8 | 167 |
| TOTAL | 254 89,4% | 30 10,6% | 284 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 29 Depressão - Análise bivariada das relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|---|-----------------------------|---------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS* | p= 0,305 | | |
| Abaixo da mediana | 95,9 | 4,1 | 439 |
| Acima da mediana | 94,4 | 5,6 | 429 |
| TOTAL | 826 95,2 | 42 4,8 | 868 |
| CAGE | p= 0,000 [#] | | |
| Negativo | 96,9 | 3,1 | 1159 |
| Positivo | 85,6 | 14,4 | 104 |
| TOTAL | 1212 96,0% | 51 4,0% | 1263 |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE TABACO** | p= 0,147 | | |
| Abaixo da mediana | 96,7 | 3,3 | 90 |
| Acima da mediana | 91,3 | 8,7 | 69 |
| TOTAL | 150 94,3 | 9 5,7 | 159 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE ANFETAMÍNICOS | p= 0,234 | | |
| Exclusivamente para ficar acordado | 91,9 | 8,1 | 99 |
| Outras | 86,3 | 13,7 | 73 |
| TOTAL | 154 89,5% | 18 10,5% | 172 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS | p= 0,842 | | |
| Exclusivamente por prescrição médica | 88,3 | 11,7 | 111 |
| Outras | 87,4 | 12,6 | 87 |
| TOTAL | 174 87,9 | 24 12,1 | 198 |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ ÁLCOOL E OU TABACO | p= 0,048 | | |
| Diversão ou prazer | 96,8 | 3,2 | 647 |
| Outros | 94,5 | 5,5 | 577 |
| TOTAL | 1171 95,7% | 53 4,3% | 1224 |
| MUDANÇA OCORRIDA EM SUA VIDA DEPOIS DO USAR ÁLCOOL E OU TABACO | p= 0,111 | | |
| Não se modificou | 96,3 | 3,7 | 864 |
| Outras | 94,3 | 5,7 | 367 |
| TOTAL | 1178 95,7% | 53 4,3% | 1231 |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ AS DEMAIS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DESCRITAS NO QUESTIONÁRIO | p= 0,052 | | |
| Por curiosidade | 96,8 | 3,2 | 247 |
| Outros | 92,8 | 7,2 | 207 |
| TOTAL | 431 94,9% | 23 5,1% | 454 |

* Mediana: 3 (+/- 5,54 DP, mínima 0,25 e máxima 53). ** Mediana: 1 (+/- 1,87 DP, mínima 0,50 e máxima 15). [#] Fisher's Exact Test: p= 0,000
 FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 30 Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|---|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| PRESENÇA DE CIRURGIA PLÁSTICA | | | |
| Não | 96,4 | 3,6 | 1386 |
| Sim | 90,4 | 9,6 | 52 |
| TOTAL | 1383 96,2% | 55 3,8% | 1438 |
| VONTADE DE REALIZAR CIRURGIA PLÁSTICA | p=0,000 [#] | | |
| Não | 97,5 | 2,5 | 1085 |
| Sim | 92,3 | 7,7 | 349 |
| TOTAL | 1380 96,2% | 54 3,8% | 1434 |
| EM QUE PARTE DO CORPO QUER REALIZAR | p= 0,225 | | |
| Nariz | 97,5 | 2,5 | 81 |
| Seios | 90,7 | 9,3 | 107 |
| Abdome | 91,8 | 8,2 | 73 |
| Outros | 89,4 | 10,6 | 66 |
| TOTAL | 302 92,4% | 25 7,6% | 327 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MAIS GOSTA | p= 0,962 | | |
| Olhos | 96,1 | 3,9 | 356 |
| Boca | 95,7 | 4,3 | 162 |
| Rosto | 96,8 | 3,2 | 156 |
| Outros | 96,0 | 4,0 | 576 |
| TOTAL | 1201 96,1% | 49 3,9% | 1250 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MENOS GOSTA | p= 0,080 | | |
| Abdome | 94,4 | 5,6 | 302 |
| Pés | 98,2 | 1,8 | 171 |
| Nariz | 98,1 | 1,9 | 160 |
| Outras | 95,2 | 4,8 | 521 |
| TOTAL | 1106 95,8% | 48 4,2% | 1154 |
| FEZ OU FAZ TRATAMENTO PARA ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? | p= 0,000 | | |
| Não | 97,2 | 2,8 | 1208 |
| Sim | 89,9 | 10,1 | 189 |
| TOTAL | 1344 96,2% | 53 3,8% | 1397 |
| FEZ OU FAZ USO CONSTANTE DE MEDICAÇÃO? | p= 0,661 | | |
| Não | 96,3 | 3,7 | 1075 |
| Sim | 95,8 | 4,2 | 354 |
| TOTAL | 1374 96,2% | 55 3,8% | 1429 |

[#] Fisher's Exact Test: p= 0,045

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 31 Depressão - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| IMC | | | |
| Abaixo do peso* | 95,6 | 4,4 | 135 |
| Peso normal** | 96,2 | 3,8 | 1053 |
| Acima do peso*** | 95,8 | 4,2 | 214 |
| TOTAL | 1347 96,1% | 55 3,9% | 1402 |

* IMC até 18,49 **IMC 18,5 a 24,99 ***IMC 25,0 ou mais

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 32 Depressão - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | DEPRESSÃO | | Total |
|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|
| | SEM DEPRESSÃO | COM DEPRESSÃO | |
| COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA | p= 0,000 # | | |
| Sem Compulsão | 97,4 | 2,6 | 1225 |
| Com Compulsão | 83,8 | 16,2 | 105 |
| TOTAL | 1281 96,3 | 49 3,7% | 1330 |
| DEPRESSÃO | -- | | |
| Sem Depressão | -- | -- | -- |
| Com Depressão | -- | -- | -- |
| TOTAL | -- | -- | -- |
| ANSIEDADE | p= 0,000 | | |
| Sem Ansiedade | 98,4 | 11,6 | 1134 |
| Com Ansiedade | 84,3 | 15,7 | 185 |
| TOTAL | 1272 96,4% | 47 3,6% | 1316 |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL | p= 0,000 | | |
| Satisfação corporal | 97,2 | 2,8 | 1217 |
| Insatisfação corporal | 84,9 | 15,1 | 139 |
| TOTAL | 1301 95,9% | 55 4,1% | 1356 |

#Fisher's Exact Test: p= 0,000

FONTE: CHAVES, 2008.

5.2.3 Ansiedade

Os resultados das análises bivariadas para o desfecho de Ansiedade estão descritos na Tabela de número 33 até a de número 42.

TABELA 33 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| TURN DO CURSO | p= 0,715 | | |
| Diurno | 85,9 | 14,1 | 1039 |
| Noturno | 86,7 | 13,3 | 413 |
| TOTAL | 1251 86,2% | 201 13,8% | 1452 |
| BLOCO DE ESTUDO | p= 0,153 | | |
| CSA ⁺ | 65,3 | 14,7 | 374 |
| CS ⁺⁺ | 86,4 | 13,6 | 316 |
| CE ⁺⁺⁺ | 90,5 | 9,5 | 285 |
| CH ⁺⁺⁺⁺ | 83,5 | 16,5 | 236 |
| Especial* | 84,6 | 15,4 | 241 |
| TOTAL | 1251 86,2% | 201 13,8% | 1452 |
| PERÍODO MATRICULADO | p= 0,825 | | |
| Primeiro | 86,0 | 14,0 | 870 |
| Sétimo | 86,4 | 13,6 | 581 |
| TOTAL | 1250 86,1% | 201 13,9% | 1451 |
| INICIOU OU COMPLETOU OUTRO CURSO SUPERIOR | p= 0,300 | | |
| Não | 86,5 | 13,5 | 1317 |
| Sim | 83,2 | 16,8 | 131 |
| TOTAL | 1248 86,2% | 200 13,8% | 1448 |
| OUTRAS ATIVIDADES ESTUDANTIS | p= 0,277 | | |
| Não participa | 87,2 | 12,8 | 786 |
| Participa | 85,2 | 14,8 | 654 |
| TOTAL | 1242 86,3% | 198 13,8% | 1440 |
| MÉDIA DE HORAS DEDICAÇÃO À VIDA ESTUDANTIL** | p= 0,181 | | |
| Abaixo mediana | 87,1 | 12,9 | 894 |
| Acima mediana | 84,6 | 15,4 | 526 |
| TOTAL | 1224 86,2% | 196 13,8% | 1420 |
| AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESCOLAR | p= 0,373 | | |
| Até 5,9 pontos | 82,7 | 17,3 | 75 |
| 6 pontos ou mais | 86,3 | 13,7 | 1367 |
| TOTAL | 1242 86,1% | 200 13,9% | 1442 |

⁺ CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS ⁺⁺ CIÊNCIAS DA SAÚDE ⁺⁺⁺ CIÊNCIAS EXATAS ⁺⁺⁺⁺ CIÊNCIAS HUMANAS

* **Bloco especial:** participantes que tivessem iniciado outro curso superior e que tivessem idade \geq que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou idade \geq a 23 anos, no 7º período.

****Mediana:** 40 (+/- 18,26 DP, mínima 1 e máxima 140).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 34 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| SEXO | p= 0,000 | | |
| Masculino | 92,1 | 7,9 | 648 |
| Feminino | 81,3 | 18,8 | 800 |
| TOTAL | 1247 86,1% | 201 13,9% | 1448 |
| IDADE – FAIXA ETÁRIA * | p= 0,341 | | |
| Abaixo mediana | 87,0 | 13,0 | 747 |
| Acima mediana | 85,3 | 14,7 | 700 |
| TOTAL | 1247 86,2% | 200 13,8% | 1447 |
| ESTADO CIVIL | p= 0,756 | | |
| Solteiro | 86,1 | 13,9 | 1384 |
| Outros | 87,5 | 12,5 | 64 |
| TOTAL | 1248 86,2% | 200 13,8% | 1448 |
| COM QUEM MORA | p= 0,034 | | |
| Pais | 87,9 | 12,1 | 832 |
| Outros | 84,0 | 16,0 | 618 |
| TOTAL | 1250 86,2% | 200 13,8% | 1450 |
| SITUAÇÃO OCUPACIONAL ATUAL | p= 0,528 | | |
| Somente estudante | 86,6 | 13,4 | 935 |
| Outros | 85,4 | 14,6 | 515 |
| TOTAL | 1250 86,2% | 200 13,8% | 1450 |
| RENDA PESSOAL | p= 0,388 | | |
| Não ter renda | 86,6 | 13,2 | 865 |
| Ter renda | 85,2 | 14,8 | 575 |
| TOTAL | 1241 86,2% | 199 13,8% | 1440 |
| RENDA FAMILIAR | p= 0,014 | | |
| Até 10 SM | 84,7 | 15,3 | 978 |
| 11 ou mais SM | 89,7 | 10,3 | 407 |
| TOTAL | 1193 86,1% | 192 13,9% | 1385 |
| RELIGIOSIDADE | p= 0,083 | | |
| Não ter religião | 89,2 | 10,8 | 297 |
| Ter religião | 85,3 | 14,7 | 1152 |
| TOTAL | 1248 86,1% | 201 13,9% | 1449 |
| RELIGIÃO | p= 0,642 | | |
| Religião Católica | 85,7 | 14,3 | 761 |
| Demais religiões | 84,7 | 15,3 | 391 |
| TOTAL | 983 85,3 | 169 14,7 | 1152 |
| FREQUÊNCIA RELIGIOSA | p= 0,081 | | |
| Maior frequência | 87,0 | 13,0 | 525 |
| Menor frequência | 83,4 | 16,6 | 638 |
| TOTAL | 989 85,0% | 174 15,0% | 1163 |

* **Mediana:** 20 (+/- 3,99 DP, mínima 17 e máxima 61).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 35 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| PESSOA QUE PROCURARIA NA EVENTUALIDADE DE PROBLEMA PESSOAL | p= 0,809 | | |
| Mãe | 85,9 | 14,1 | 846 |
| Outros | 86,4 | 13,6 | 602 |
| TOTAL | 1247 86,1% | 201 13,9% | 1448 |
| ATIVIDADE DE LAZER A QUE SE DEDICA MAIS TEMPO | p= 0,101 | | |
| Sair/ ficar com conjuge ou companheiro(a) | 88,7 | 11,3 | 353 |
| Estar c/ amigos ambos sexos | 86,9 | 13,1 | 283 |
| Usar computador | 88,3 | 11,7 | 171 |
| Outros | 83,5 | 16,5 | 632 |
| TOTAL | 1238 86,0% | 201 14,0% | 1439 |
| SENTIMENTO DE FELICIDADE | p= 0,000 | | |
| Nunca/ raramente | 53,1 | 46,9 | 96 |
| Sempre/ frequentemente | 88,3 | 11,7 | 1325 |
| TOTAL | 1221 85,9% | 200 14,1% | 1421 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 36 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| TER TIDO OU NÃO UMA RELAÇÃO SEXUAL | p= 0,025 | | |
| Não ter relação sexual | 82,4 | 17,6 | 346 |
| Já ter relação sexual | 87,2 | 12,8 | 1047 |
| TOTAL | 1198 86,0% | 195 14,0% | 1393 |
| IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL * | p= 0,000 | | |
| Abaixo da mediana | 90,4 | 9,6 | 592 |
| Acima da mediana | 79,9 | 20,1 | 333 |
| TOTAL | 801 86,6% | 124 13,4% | 925 |
| OPÇÃO SEXUAL | p= 0,107 | | |
| Heterossexual | 87,5 | 12,5 | 1014 |
| Homossexual ou bissexual | 79,1 | 20,9 | 43 |
| TOTAL | 921 87,1% | 136 12,9% | 1057 |
| UTILIZAÇÃO DE MÉTODO PREVENTIVO PARA DST's | p= 0,107 | | |
| Nunca | 80,0 | 20,0 | 80 |
| Às vezes | 86,5 | 13,5 | 297 |
| Sempre | 88,2 | 11,8 | 672 |
| TOTAL | 914 87,1% | 135 12,9% | 1049 |

* Mediana: 17 (+/- 2,07 DP, mínima 7 e máxima 33).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 37 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,966 | | |
| Nunca usou | 86,5 | 13,5 | 155 |
| Usou pelo menos um | 86,3 | 13,7 | 1280 |
| TOTAL | 1239 86,3% | 196 13,7% | 1435 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,278 | | |
| Nunca usou | 85,4 | 14,6 | 1008 |
| Usou pelo menos um | 87,6 | 12,4 | 427 |
| TOTAL | 1235 86,1% | 200 13,9% | 1435 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,000 | | |
| Nunca usou | 88,7 | 11,3 | 1092 |
| Usou pelo menos um | 78,0 | 22,0 | 328 |
| TOTAL | 1225 86,3% | 195 13,7% | 1420 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 38 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|--|----------------------------|----------------------------|------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,388 | | |
| Até 15 anos | 86,1 | 13,9 | 597 |
| 16 a 17 anos | 87,0 | 13,0 | 231 |
| 18 anos ou mais | 81,8 | 18,2 | 121 |
| TOTAL | 814 85,8% | 135 14,2% | 949 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,882 | | |
| Até 15 anos | 88,7 | 11,3 | 106 |
| 16 a 17 anos | 87,6 | 12,4 | 129 |
| 18 anos ou mais | 86,6 | 13,4 | 149 |
| TOTAL | 336 87,5% | 48 12,5% | 384 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,272 | | |
| Até 15 anos | 66,7 | 33,3 | 42 |
| 16 a 17 anos | 79,5 | 20,5 | 73 |
| 18 anos ou mais | 77,1 | 22,9 | 166 |
| TOTAL | 214 76,2% | 67 23,8% | 281 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 39 Ansiedade - Análise bivariada das relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|---|---------------|---------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS* | p= 0,117 | | |
| Abaixo da mediana | 84,6 | 15,4 | 442 |
| Acima da mediana | 88,3 | 11,7 | 418 |
| TOTAL | 743 | 117 | 860 |
| | 86,4 | 13,6 | |
| CAGE | p= 0,001 | | |
| Negativo | 87,0 | 13,0 | 1158 |
| Positivo | 75,2 | 24,8 | 101 |
| TOTAL | 1083 | 176 | 1259 |
| | 86,0% | 14,0% | |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE TABACO** | p= 0,526 | | |
| Abaixo da mediana | 84,9 | 15,1 | 86 |
| Acima da mediana | 81,0 | 19,0 | 63 |
| TOTAL | 124 | 25 | 149 |
| | 83,2 | 16,8 | |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE ANFETAMÍNICOS | p= 0,042 | | |
| Exclusivamente para ficar acordado | 87,0 | 13,0 | 92 |
| Outras | 74,7 | 25,3 | 75 |
| TOTAL | 136 | 31 | 167 |
| | 81,4% | 18,6% | |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS | p= 0,503 | | |
| Exclusivamente por prescrição médica | 70,0 | 30,0 | 110 |
| Outras | 65,5 | 34,5 | 87 |
| TOTAL | 134 | 63 | 197 |
| | 68,0 | 32,0 | |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ ÁLCOOL E OU TABACO | p= 0,135 | | |
| Diversão ou prazer | 87,9 | 12,1 | 639 |
| Outros | 85,0 | 15,0 | 581 |
| TOTAL | 1056 | 164 | 1220 |
| | 86,6% | 13,4% | |
| MUDANÇA OCORRIDA EM SUA VIDA DEPOIS DO USAR ÁLCOOL E OU CIGARRO | p= 0,431 | | |
| Não se modificou | 87,0 | 13,0 | 867 |
| Outras | 85,3 | 14,7 | 360 |
| TOTAL | 1061 | 166 | 1227 |
| | 86,5% | 13,5% | |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ AS DEMAIS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DESCRITAS NO QUESTIONÁRIO | p= 0,186 | | |
| Por curiosidade | 88,0 | 12,0 | 241 |
| Outros | 83,6 | 16,4 | 201 |
| TOTAL | 380 | 62 | 442 |
| | 86,0% | 14,0% | |

* **Mediana:** 3 (+/- 5,54 DP, mínima 0,25 e máxima 53). ** **Mediana:** 1 (+/- 1,87 DP, mínima 0,50 e máxima 15).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 40 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|---|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| PRESENÇA DE CIRURGIA PLÁSTICA | p= 0,076 | | 1403 |
| Não | 86,5 | 13,5 | |
| Sim | 77,6 | 22,4 | 49 |
| TOTAL | 1251 86,2% | 201 13,8% | 1452 |
| VONTADE DE REALIZAR CIRURGIA PLÁSTICA | p= 0,000 | | |
| Não | 88,5 | 11,5 | 1097 |
| Sim | 79,4 | 20,6 | 350 |
| TOTAL | 1249 86,3% | 198 13,7% | 1447 |
| EM QUE PARTE DO CORPO QUER REALIZAR | p= 0,378 | | |
| Nariz | 85,5 | 14,5 | 83 |
| Seios | 77,8 | 22,2 | 108 |
| Abdome | 74,6 | 25,4 | 71 |
| Outros | 78,1 | 21,9 | 64 |
| TOTAL | 258 79,1% | 68 20,9% | 326 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MAIS GOSTA | p= 0,848 | | |
| Olhos | 87,5 | 12,5 | 369 |
| Boca | 87,2 | 12,8 | 164 |
| Rosto | 85,5 | 14,5 | 159 |
| Outros | 85,7 | 14,3 | 568 |
| TOTAL | 1089 86,4% | 171 13,6% | |
| PARTE DO CORPO DE QUE MENOS GOSTA | p= 0,157 | | |
| Abdome | 83,6 | 16,4 | 298 |
| Pés | 90,2 | 9,8 | 183 |
| Nariz | 86,1 | 13,9 | 158 |
| Outras | 83,6 | 16,4 | 532 |
| TOTAL | 995 86,2% | 176 15,0% | 1171 |
| FEZ OU FAZ TRATAMENTO PARA ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? | p= 0,000 | | |
| Não | 88,7 | 11,3 | 1219 |
| Sim | 70,7 | 29,3 | 191 |
| TOTAL | 1216 86,2% | 194 13,8% | 1410 |
| FEZ OU FAZ USO CONSTANTE DE MEDICAÇÃO? | p= 0,000 | | |
| Não | 88,1 | 11,9 | 1085 |
| Sim | 79,9 | 20,1 | 358 |
| TOTAL | 1242 86,1% | 201 13,9% | 1443 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 41 Ansiedade - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| IMC | p= 0,334 | | |
| Abaixo do peso* | 82,9 | 17,1 | 146 |
| Peso normal** | 86,1 | 13,9 | 1061 |
| Acima do peso*** | 88,4 | 11,6 | 207 |
| TOTAL | 1218 86,1% | 196 13,9% | 1414 |

* IMC até 18,49 **IMC 18,5 a 24,99 ***IMC 25,0 ou mais

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 42 Ansiedade - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | ANSIEDADE | | Total |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SEM ANSIEDADE | COM ANSIEDADE | |
| COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA | p= 0,000 | | |
| Sem Compulsão | 88,0 | 12,0 | 1218 |
| Com Compulsão | 61,9 | 38,1 | 105 |
| TOTAL | 1137 85,9% | 186 14,1% | 1323 |
| DEPRESSÃO | p= 0,000 | | |
| Sem Depressão | 87,7 | 12,3 | 1272 |
| Com Depressão | 38,3 | 61,7 | 47 |
| TOTAL | 1134 86,0% | 185 14,0% | 1319 |
| ANSIEDADE | -- | | |
| Sem Ansiedade | -- | -- | -- |
| Com Ansiedade | -- | -- | -- |
| TOTAL | -- | -- | -- |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL | p= 0,000 | | |
| Satisfação corporal | 88,3 | 11,7 | 1235 |
| Insatisfação corporal | 64,0 | 36,0 | 136 |
| TOTAL | 1178 85,9% | 193 14,1% | 1371 |

FONTE: CHAVES, 2008.

5.2.4 Insatisfação corporal

Os resultados das análises bivariadas para o desfecho de Insatisfação corporal estão descritos na Tabela de número 43 até a de número 52.

TABELA 43 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis estudantis de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| TURNO DO CURSO | p= 0,925 | | |
| Diurno | 89,9 | 10,1 | 1062 |
| Noturno | 89,8 | 10,2 | 420 |
| TOTAL | 1332 89,9% | 150 10,1% | 1482 |
| BLOCO DE ESTUDO | p= 0,003 | | |
| CSA ⁺ | 90,6 | 9,4 | 382 |
| CS ⁺⁺ | 86,3 | 13,7 | 328 |
| CE ⁺⁺⁺ | 95,5 | 4,5 | 291 |
| CH ⁺⁺⁺⁺ | 88,6 | 11,4 | 236 |
| Especial* | 88,2 | 11,8 | 245 |
| TOTAL | 1332 89,9% | 150 10,1% | 1482 |
| PERÍODO MATRICULADO | p= 0,038 | | |
| Primeiro | 91,2 | 8,8 | 877 |
| Sétimo | 87,9 | 12,1 | 604 |
| TOTAL | 1331 89,9% | 150 10,1% | 1481 |
| INICIOU OU COMPLETOU OUTRO CURSO SUPERIOR | p= 0,747 | | |
| Não | 89,9 | 10,1 | 1340 |
| Sim | 89,1 | 10,9 | 137 |
| TOTAL | 1327 89,8% | 150 10,2% | 1477 |
| OUTRAS ATIVIDADES ESTUDANTIS | p= 0,896 | | |
| Não participa | 89,9 | 10,1 | 811 |
| Participa | 89,7 | 10,3 | 659 |
| TOTAL | 1320 89,8% | 150 10,2% | 1470 |
| MÉDIA DE HORAS DEDICAÇÃO À VIDA ESTUDANTIL** | p= 0,673 | | |
| Abaixo mediana | 90,2 | 9,8 | 912 |
| Acima mediana | 89,6 | 10,4 | 536 |
| TOTAL | 1303 90,0% | 145 10,0% | 1448 |
| AUTOAVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ESCOLAR | p= 0,083 | | |
| Até 5,9 pontos | 84,0 | 16,0 | 75 |
| 6 pontos ou mais | 90,2 | 9,8 | 1397 |
| TOTAL | 1323 89,9% | 149 10,1% | 1472 |

+ CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS ++ CIÊNCIAS DA SAÚDE +++ CIÊNCIAS EXATAS ++++ CIÊNCIAS HUMANAS

* **Bloco especial:** participantes que tivessem iniciado outro curso superior e que tivessem idade \geq que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou idade \geq a 23 anos, no 7º período.

****Mediana:** 40 (+/- 18,26 DP, mínima 1 e máxima 140).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 44 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis demográficas e sociais de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| SEXO | p= 0,000 | | |
| Masculino | 92,1 | 7,9 | 671 |
| Feminino | 81,3 | 18,8 | 807 |
| TOTAL | 1247 86,1% | 201 13,9% | 1478 |
| IDADE – FAIXA ETÁRIA * | p= 0,092 | | |
| Abaixo mediana | 91,2 | 8,8 | 751 |
| Acima mediana | 88,6 | 11,4 | 726 |
| TOTAL | 1328 89,9% | 149 10,1% | 1477 |
| ESTADO CIVIL | p= 0,336 | | |
| Solteiro | 90,0 | 10,0 | 1413 |
| Outros | 86,4 | 13,6 | 66 |
| TOTAL | 1329 89,9% | 150 10,1% | 1479 |
| COM QUEM MORA | p= 0,344 | | |
| Pais | 90,5 | 9,5 | 843 |
| Outros | 89,0 | 11,0 | 637 |
| TOTAL | 1330 89,9% | 150 10,1% | 1480 |
| SITUAÇÃO OCUPACIONAL ATUAL | p= 0,898 | | |
| Somente estudante | 89,8 | 10,2 | 950 |
| Outros | 90,0 | 10,0 | 530 |
| TOTAL | 1330 89,9% | 150 10,1% | 1480 |
| RENDA PESSOAL | p= 0,416 | | |
| Não ter renda | 90,3 | 9,7 | 879 |
| Ter renda | 89,0 | 11,0 | 592 |
| TOTAL | 1321 89,8% | 150 10,2% | 1471 |
| RENDA FAMILIAR | p= 0,282 | | |
| Até 10 SM | 89,3 | 10,7 | 998 |
| 11 ou mais SM | 91,2 | 8,8 | 419 |
| TOTAL | 1273 89,8% | 144 10,2% | 1417 |
| RELIGIOSIDADE | p= 0,091 | | |
| Não ter religião | 92,5 | 7,5 | 305 |
| Ter religião | 89,2 | 10,8 | 1174 |
| TOTAL | 1329 89,9% | 150 10,1% | 1479 |
| RELIGIÃO | p= 0,256 | | |
| Religião Católica | 89,9 | 10,1 | 774 |
| Demais religiões | 87,8 | 12,3 | 400 |
| TOTAL | 1047 89,2% | 127 10,8% | 1174 |
| FREQUÊNCIA RELIGIOSA | p= 0,979 | | |
| Maior frequência | 89,0 | 11,0 | 535 |
| Menor frequência | 88,9 | 11,1 | 650 |
| TOTAL | 1054 89,9% | 131 11,1% | 1185 |

* **Mediana:** 20 (+/- 3,99 DP, mínima 17 e máxima 61).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 45 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis pessoais de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| PESSOA QUE PROCURARIA NA EVENTUALIDADE DE PROBLEMA PESSOAL | p= 0,714 | | |
| Mãe | 90,1 | 9,9 | 868 |
| Outros | 89,5 | 10,5 | 610 |
| TOTAL | 1328 89,9% | 150 10,1% | 1478 |
| ATIVIDADE DE LAZER A QUE SE DEDICA MAIS TEMPO | p= 0,626 | | |
| Sair/ ficar com conjugue ou companheiro(a) | 90,9 | 9,1 | 352 |
| Estar c/ amigos ambos sexos | 88,2 | 11,8 | 288 |
| Usar computador | 91,3 | 8,7 | 173 |
| Outros | 89,6 | 10,4 | 656 |
| TOTAL | 1320 89,9% | 149 10,1% | 1469 |
| SENTIMENTO DE FELICIDADE | p= 0,000 | | |
| Nunca/ raramente | 72,5 | 27,5 | 102 |
| Sempre/ frequentemente | 91,0 | 9,0 | 1345 |
| TOTAL | 1298 89,7% | 149 10,3% | 1447 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 46 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas à sexualidade de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| TER TIDO OU NÃO UMA RELAÇÃO SEXUAL | p= 0,754 | | |
| Não ter relação sexual | 89,3 | 10,7 | 354 |
| Já ter relação sexual | 89,8 | 10,2 | 1064 |
| TOTAL | 1272 89,7% | 146 10,3% | 1418 |
| IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL * | p= 0,033 | | |
| Abaixo da mediana | 90,8 | 9,2 | 596 |
| Acima da mediana | 86,3 | 13,7 | 342 |
| TOTAL | 836 89,1% | 102 10,9% | 938 |
| OPÇÃO SEXUAL | p= 0,012 [#] | | |
| Heterossexual | 90,2 | 9,8 | 1037 |
| Homossexual ou bissexual | 78,0 | 22,0 | 41 |
| TOTAL | 967 89,7% | 111 10,3% | 1078 |
| UTILIZAÇÃO DE MÉTODO PREVENTIVO PARA DST'S | p= 0,000 | | |
| Nunca | 79,5 | 20,5 | 78 |
| Às vezes | 86,6 | 13,4 | 306 |
| Sempre | 92,4 | 7,6 | 684 |
| TOTAL | 959 89,8% | 109 10,2% | 1068 |

* Mediana: 17 (+/- 2,07 DP, mínima 7 e máxima 33).[#] Fisher's Exact Test: p= 0,030

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 47 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas ao comportamento de uso-na-vida de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|--|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,083 | | |
| Nunca usou | 93,8 | 6,2 | 162 |
| Usou pelo menos um | 89,5 | 10,5 | 1304 |
| TOTAL | 1319 90,0% | 147 10,0% | 1466 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,886 | | |
| Nunca usou | 89,9 | 10,1 | 1030 |
| Usou pelo menos um | 89,7 | 10,3 | 435 |
| TOTAL | 1316 89,8% | 149 10,2% | 1465 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,000 | | |
| Nunca usou | 92,8 | 7,2 | 1123 |
| Usou pelo menos um | 80,2 | 19,8 | 329 |
| TOTAL | 1306 89,9% | 146 10,1% | 1452 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 48 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis das variáveis relativas à idade média do primeiro uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|--|----------------------------|----------------------------|------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| PSICOATIVOS LÍCITOS * | p= 0,780 | | |
| Até 15 anos | 88,4 | 11,6 | 612 |
| 16 a 17 anos | 87,6 | 12,4 | 233 |
| 18 anos ou mais | 90,1 | 9,9 | 121 |
| TOTAL | 854 88,4% | 112 11,6% | 966 |
| PSICOATIVOS ILÍCITOS ** | p= 0,246 | | |
| Até 15 anos | 91,9 | 8,1 | 111 |
| 16 a 17 anos | 90,3 | 9,7 | 134 |
| 18 anos ou mais | 85,7 | 14,3 | 147 |
| TOTAL | 349 89,0% | 43 11,0% | 392 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA *** | p= 0,025 | | |
| Até 15 anos | 65,1 | 34,9 | 43 |
| 16 a 17 anos | 76,4 | 23,6 | 72 |
| 18 anos ou mais | 83,2 | 16,5 | 170 |
| TOTAL | 225 78,9% | 60 21,1% | 285 |

* Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco). ** Psicoativos de uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD). *** Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, remédio para aumento de massa muscular e/ou potência sexual).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 49 Insatisfação corporal - Análise bivariada das relativas a outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de substâncias psicoativas de universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|---|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS* | p= 0,116 | | |
| Abaixo da mediana | 87,1 | 12,9 | 449 |
| Acima da mediana | 90,4 | 9,6 | 429 |
| TOTAL | 779 88,7 | 99 11,3 | 878 |
| CAGE | p= 0,021 | | |
| Negativo | 89,8 | 10,2 | 1051 |
| Positivo | 82,4 | 17,6 | 232 |
| TOTAL | 1144 89,2% | 139 10,8% | 1283 |
| USO MÉDIO, POR SEMANA DE TABACO** | p= 0,004 | | |
| Abaixo da mediana | 94,3 | 5,7 | 87 |
| Acima da mediana | 78,8 | 21,2 | 66 |
| TOTAL | 134 87,6 | 19 12,4 | 153 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE ANFETAMÍNICOS | p= 0,000 | | |
| Exclusivamente para ficar acordado | 94,7 | 5,3 | 95 |
| Outras | 52,0 | 48,0 | 75 |
| TOTAL | 129 75,9% | 41 24,1% | 170 |
| FINALIDADE DE UTILIZAÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS | p= 0,472 | | |
| Exclusivamente por prescrição médica | 81,7 | 78,3 | 109 |
| Outras | 77,5 | 22,5 | 89 |
| TOTAL | 158 79,8 | 40 20,2 | 198 |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ ÁLCOOL E OU TABACO | p= 0,812 | | |
| Diversão ou prazer | 89,2 | 10,8 | 631 |
| Outros | 89,6 | 10,4 | 608 |
| TOTAL | 1108 89,4% | 131 10,6% | 1239 |
| MUDANÇA OCORRIDA EM SUA VIDA DEPOIS DO USAR ÁLCOOL E OU CIGARRO | p= 0,753 | | |
| Não se modificou | 89,5 | 10,5 | 878 |
| Outras | 329 | 11,1 | 370 |
| TOTAL | 1115 89,3% | 133 10,7% | 1248 |
| MOTIVO QUE LEVOU A UTILIZAR PELA 1ª VEZ AS DEMAIS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DESCRITAS NO QUESTIONÁRIO | p= 0,109 | | |
| Por curiosidade | 90,4 | 9,6 | 250 |
| Outros | 85,5 | 14,5 | 200 |
| TOTAL | 397 88,2% | 53 11,8% | 450 |

* **Mediana:** 3 (+/- 5,54 DP, mínima 0,25 e máxima 53). ** **Mediana:** 1 (+/- 1,87 DP, mínima 0,50 e máxima 15).

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 50 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas à estética e tratamento médico de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|---|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| PRESENÇA DE CIRURGIA PLÁSTICA | p= 0,016 | | |
| Não | 90,3 | 9,7 | 1426 |
| Sim | 80,4 | 19,6 | 58 |
| TOTAL | 1332 89,9% | 150 10,1% | 1482 |
| VONTADE DE REALIZAR CIRURGIA PLÁSTICA | p= 0,000 | | |
| Não | 94,6 | 5,4 | 1122 |
| Sim | 75,2 | 24,8 | 355 |
| TOTAL | 1328 89,9% | 149 10,1% | 1477 |
| EM QUE PARTE DO CORPO QUER REALIZAR | p= 0,008 | | |
| Nariz | 81,5 | 18,5 | 81 |
| Seios | 78,5 | 21,5 | 107 |
| Abdome | 60,5 | 39,5 | 76 |
| Outros | 79,7 | 20,3 | 64 |
| TOTAL | 247 75,3% | 81 24,7% | 328 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MAIS GOSTA | p= 0,119 | | |
| Olhos | 91,6 | 8,4 | 367 |
| Boca | 84,7 | 15,3 | 170 |
| Rosto | 88,7 | 11,3 | 159 |
| Outros | 89,6 | 10,4 | 586 |
| TOTAL | 1146 89,4% | 136 10,6% | 1282 |
| PARTE DO CORPO DE QUE MENOS GOSTA | p= 0,000 | | |
| Abdome | 75,4 | 24,6 | 305 |
| Pés | 97,3 | 2,7 | 186 |
| Nariz | 94,3 | 5,7 | 159 |
| Outras | 90,0 | 10,0 | 542 |
| TOTAL | 1049 88,0% | 143 12,0% | 1192 |
| FEZ OU FAZ TRATAMENTO PARA ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? | p= 0,100 | | |
| Não | 90,6 | 9,4 | 1242 |
| Sim | 86,8 | 13,2 | 197 |
| TOTAL | 1296 90,1% | 143 9,9% | 1439 |
| FEZ OU FAZ USO CONSTANTE DE MEDICAÇÃO? | p= 0,001 | | |
| Não | 91,4 | 8,6 | 1111 |
| Sim | 85,2 | 14,8 | 365 |
| TOTAL | 1327 89,9% | 149 10,1% | 1476 |

FONTE: CHAVES, 2008.

TABELA 51 Insatisfação corporal - Análise bivariada da variável massa muscular de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| IMC | p= 0,000 | | |
| Abaixo do peso* | 99,3 | 0,7 | 147 |
| Peso normal** | 90,3 | 9,7 | 1087 |
| Acima do peso*** | 81,5 | 18,5 | 211 |
| TOTAL | 1300 90,0% | 145 10,0% | 1445 |

* IMC até 18,49 **IMC 18,5 a 24,99 ***IMC 25,0 ou mais

FONTE: CHAVES, 2008

TABELA 52 Insatisfação corporal - Análise bivariada das variáveis relativas às escalas utilizadas de universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| Variável | INSATISFAÇÃO CORPORAL | | Total |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------|
| | SATISFAÇÃO CORPORAL | INSATISFAÇÃO CORPORAL | |
| COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA | p= 0,000 | | |
| Sem Compulsão | 93,9 | 6,1 | 1246 |
| Com Compulsão | 34,3 | 65,7 | 108 |
| TOTAL | 1207 89,1% | 147 10,9% | 1354 |
| DEPRESSÃO | p= 0,000 | | |
| Sem Depressão | 90,7 | 9,1 | 1301 |
| Com Depressão | 61,8 | 38,2 | 55 |
| TOTAL | 1217 89,7% | 139 10,3% | 1356 |
| ANSIEDADE | p= 0,000 | | |
| Sem Ansiedade | 92,6 | 7,4 | 1178 |
| Com Ansiedade | 74,6 | 25,4 | 193 |
| TOTAL | 1235 90,1% | 136 9,9% | 1371 |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL | -- | | |
| Satisfação corporal | -- | -- | -- |
| Insatisfação corporal | -- | -- | -- |
| TOTAL | -- | -- | -- |

FONTE: CHAVES, 2008.

5.3 Modelos de regressão logística

Conforme referido na metodologia, os resultados relativos às análises de regressão logística serão apresentados na ordem de entrada das variáveis em cada modelo.

No primeiro modelo (Compulsão alimentar periódica), quatro variáveis — Insatisfação corporal, Depressão, IMC e Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica — permaneceram associadas positivamente a maior risco de ter CAP. As Razões de Chance variaram de um mínimo de 2,7 para os universitários que já haviam utilizado ao menos um psicoativo de prescrição médica e 21,5 vezes para aqueles com Insatisfação corporal (Tabela 53).

TABELA 53 Modelo 1: Razão de chance de Compulsão alimentar periódica e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| VARIÁVEL/INTERAÇÃO | VALOR DE “P” | RAZÃO DE CHANCE | INTERVALO DE CONFIANÇA |
|--|--------------|-----------------|------------------------|
| INSATISFAÇÃO CORPORAL | | | |
| (Satisfação corporal) | | 1 | |
| Insatisfação corporal | 0,000 | 21,5 | 12,688-36,330 |
| DEPRESSÃO | | | |
| (Sem Depressão) | | 1 | |
| Com Depressão | 0,013 | 3,2 | 1,286-8,086 |
| IMC | | | |
| (Abaixo do peso e peso normal) | | 1 | |
| Acima do peso | 0,000 | 3,6 | 2,018-6,269 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | |
| (Nunca usou) | | 1 | |
| Usou pelo menos um | 0,000 | 2,7 | 1,560-4,534 |

FONTE: CHAVES, 2008.

Na elaboração do modelo relativo à análise da escala de Depressão, as variáveis Ansiedade, Sentimento de Felicidade, Compulsão Alimentar Periódica, Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica e CAGE (Tabela 54) se mantiveram significativamente associadas ao desfecho.

Os universitários rastreados como ansiosos tiveram uma razão de chance de 3,8 vezes maior de apresentar depressão do que entrevistados sem ansiedade. Com razões de chances que variaram de 3,8 a 2,6, a associação foi também positiva para os participantes classificados como CAGE positivo, com CAP e que já haviam utilizado ao menos um psicoativo sob prescrição médica. De forma altamente relevante, observou-se uma associação negativa da presença de depressão clinicamente significativa para aqueles que referiram frequentemente ou sempre sentir-se felizes (razão de chance de 0,04).

TABELA 54 Modelo 2: Razão de chance de Depressão e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz de Fora, MG - 2008

| VARIÁVEL/INTERAÇÃO | VALOR DE “P” | RAZÃO DE CHANCE | INTERVALO DE CONFIANÇA |
|--|--------------|-----------------|------------------------|
| ANSIEDADE | | | |
| (Sem Ansiedade) | | 1 | |
| Com Ansiedade | 0,002 | 3,8 | 1,611-9,151 |
| SENTIMENTO DE FELICIDADE | | | |
| (Nunca/ Raramente) | | 1 | |
| Frequentemente/ Sempre | 0,000 | 0,04 | 0,018-0,105 |
| COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA | | | |
| (Sem Compulsão) | | 1 | |
| Com Compulsão | 0,018 | 3,1 | 1,211-7,718 |
| PSICOATIVOS HABITUALMENTE UTILIZADOS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | |
| (Nunca usou) | | 1 | |
| Usou pelo menos um | 0,025 | 2,6 | 1,132-6,154 |
| CAGE | | | |
| (Negativo) | | 1 | |
| Positivo | 0,010 | 3,8 | 1,370-10,349 |

FONTE: CHAVES, 2008.

O modelo relativo à escala de Ansiedade indicou seis variáveis — Sexo, Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica, Insatisfação corporal, Depressão, Sentimento de felicidade e Renda familiar — associadas, positiva ou negativamente, a risco de Ansiedade (Tabela 55). A probabilidade de Ansiedade se mostrou aumentada entre universitários com depressão clinicamente significativa, que fizeram ou faziam tratamento para alguma doença crônica, com insatisfação corporal e do sexo feminino. As categorias “Sentir-se frequentemente ou sempre feliz” e apresentar “Renda familiar de 11 ou mais salários mínimos” se mostraram associadas as menores chances de ansiedade.

TABELA 55 Modelo 3: Razão de chance de Ansiedade e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| VARIÁVEL/INTERAÇÃO | VALOR DE “P” | RAZÃO DE CHANCE | INTERVALO DE CONFIANÇA |
|--|--------------|-----------------|------------------------|
| SEXO | | | |
| (Masculino) | | 1 | |
| Feminino | 0,001 | 1,9 | 1,296-2,864 |
| FEZ OU FAZ TRATAMENTO PARA ALGUMA DOENÇA CRÔNICA | | | |
| (Não) | | 1 | |
| Sim | 0,000 | 2,9 | 1,905-4,581 |
| INSATISFAÇÃO CORPORAL | | | |
| (Satisfação corporal) | | 1 | |
| Insatisfação corporal | 0,000 | 2,6 | 1,576-4,167 |
| DEPRESSÃO | | | |
| (Sem Depressão) | | 1 | |
| Com Depressão | 0,002 | 3,6 | 1,624-8,041 |
| SENTIMENTO DE FELICIDADE | | | |
| (Nunca/Raramente) | | 1 | |
| Frequentemente/Sempre | 0,000 | 0,2 | 0,126-0,428 |
| RENDA FAMILIAR | | | |
| (Até 10 salários mínimos) | | 1 | |
| 11 ou mais salários mínimos | 0,048 | 0,6 | 0,418-0,996 |

FONTE: CHAVES, 2008.

Para o modelo relativo à Insatisfação corporal, sete variáveis — Sexo, IMC, Compulsão alimentar periódica, Ansiedade, Vontade de realizar cirurgia plástica, Parte do corpo de que menos gosta e Bloco de estudo — se mantiveram significantes (Tabela 56).

Com razão de chance de 18,6, a variável presença de CAP foi a de associação mais forte dentre as que permaneceram no modelo. Associação sempre positiva foi também observada, com razões de chance decrescentes entre os universitários que tinham vontade de realizar cirurgia plástica (razão de chance de 3,8), do sexo feminino, com presença de ansiedade, que mencionavam ser o abdome a parte do corpo de que menos gostavam, que estavam matriculados nos cursos da área de saúde e, finalmente, que se encontravam acima do peso (razão de chance de 2,0).

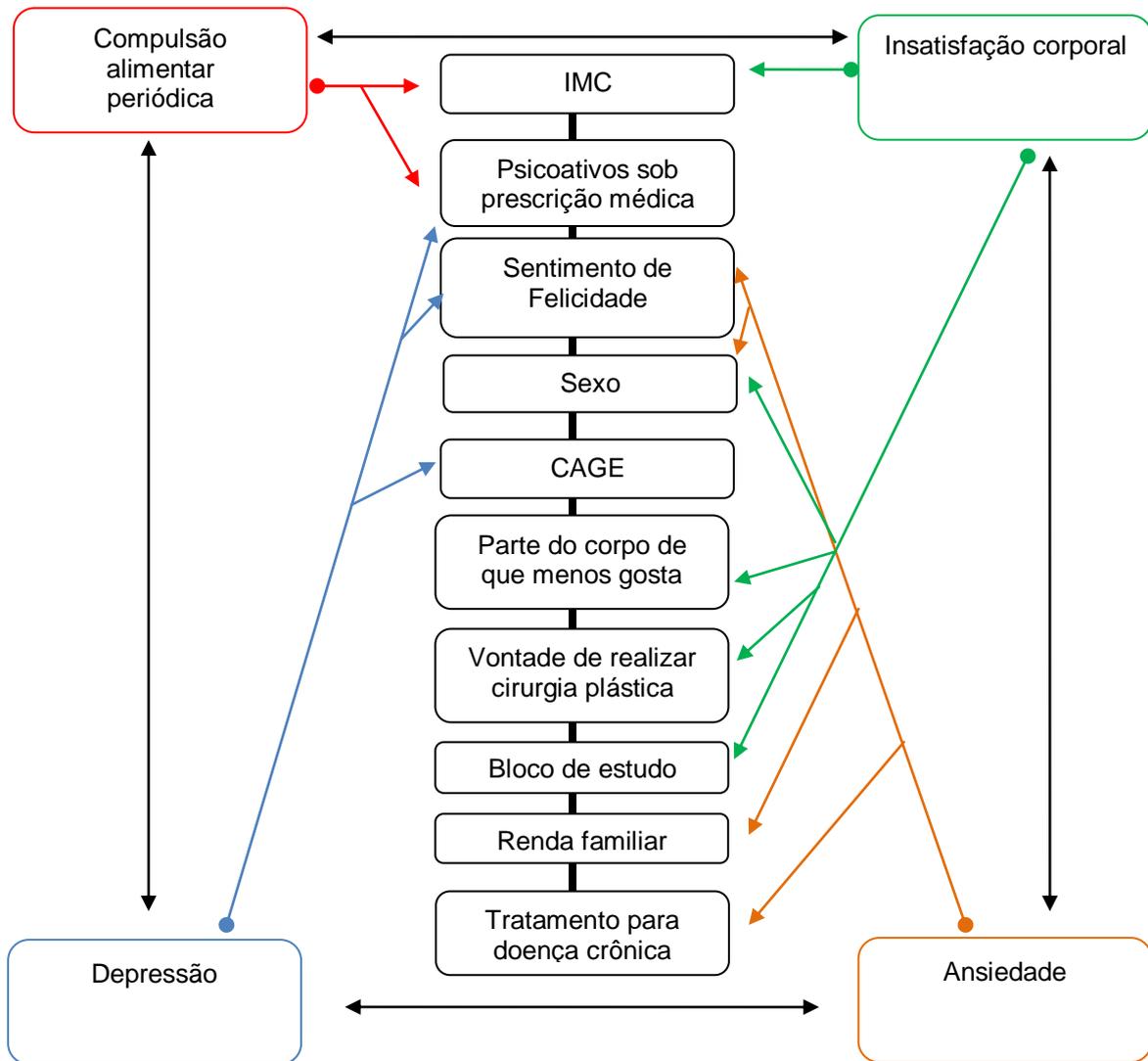
TABELA 56 Modelo 4: Razão de chance de Insatisfação corporal e “p-valores” para os diversos fatores associados entre universitários de Juiz de Fora, MG – 2008

| VARIÁVEL/INTERAÇÃO | VALOR DE “P” | RAZÃO DE CHANCE | INTERVALO DE CONFIANÇA |
|------------------------------------|--------------|-----------------|------------------------|
| SEXO | | | |
| (Masculino) | | 1 | |
| Feminino | 0,002 | 2,89 | 1,478-5,661 |
| IMC | | | |
| (Abaixo do peso e peso normal) | | 1 | |
| Acima do peso | 0,039 | 2,0 | 1,037-3,860 |
| COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA | | | |
| (Sem Compulsão) | | 1 | |
| Com Compulsão | 0,000 | 18,6 | 10,195-34,107 |
| ANSIEDADE | | | |
| (Sem Ansiedade) | | 1 | |
| Com Ansiedade | 0,003 | 2,4 | 1,359-4,357 |
| VONTADE REALIZAR CIRURGIA PLÁSTICA | | | |
| (Não) | | 1 | |
| Sim | 0,000 | 3,8 | 2,266-6,361 |
| PARTE DO CORPO QUE MENOS GOSTA | | | |
| (Outras) | | 1 | |
| Abdome | 0,006 | 2,1 | 1,250-3,667 |
| Pés | 0,186 | 0,5 | 0,172-1,408 |
| Nariz | 0,127 | 0,5 | 0,194-1,226 |
| BLOCO DE ESTUDO | | | |
| (Ciências Sociais Aplicadas) | | 1 | |
| Ciências da Saúde | 0,040 | 2,0 | 1,031-3,902 |
| Ciências Exatas | 0,344 | 0,6 | 0,236-1,656 |
| Ciências Humanas | 0,653 | 1,2 | 0,549-2,602 |
| Especial | 0,233 | 1,6 | 0,737-3,509 |

FONTE: CHAVES, 2008.

Como síntese final dos resultados, um esquema representando as variáveis significativamente associadas aos desfechos analisados (Esquema 1), foi elaborado.

ESQUEMA 1 Variáveis significativamente associadas aos desfechos analisados



FONTE: CHAVES, 2008.

6 DISCUSSÃO

Os TA são síndromes comportamentais caracterizadas por severas alterações ligadas à ingestão de alimentos; estão fortemente relacionadas ao peso, à imagem e à forma corporais (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; SILVA; PAEGLE, 2006; PACCOLA, 2006; SILVA; PONTIERE, 2008; DUNKER et al., 2009).

Conforme revisão de Vilela (2000), a AN acomete predominantemente adolescentes; e o período de maior incidência está na faixa etária de 10 a 24 anos. A BN tem o seu começo mais tardio, em torno de 16 a 19 anos, embora não seja incomum que ela ocorra na terceira ou quarta década da vida. E o início do TCAP ocorre, predominantemente, ao final da adolescência ou na faixa etária dos vinte anos.

De acordo com o DSM-IV (APA, 1995), em mulheres, a taxa de prevalência para a AN varia de 0,5% a 1,0% e para a BN de 1,0% a 3,0%; entre os homens, esta taxa é muito menor. Em amostras comunitárias, a prevalência geral de TCAP é de aproximadamente 0,7% a 4,0%, enquanto que, em amostras extraídas de programas para o controle do peso, esta taxa aumenta significativamente, podendo variar entre 15% e 50%. Em relação aos homens, as mulheres apresentam taxa 1,5 vez maior de desenvolver este transtorno.

No Brasil, Appolinário et al. (1995), Borges (1998) e Coutinho (2000), encontraram uma prevalência de TCAP entre 15,0% e 22,6%, entre os indivíduos que procuraram tratamento para emagrecer. Em estudo com pacientes que realizaram cirurgia bariátrica, a prevalência de TCAP encontrada por Petribu et al. (2006) foi de 56,7%. Ao aplicar a ECAP em universitárias do Rio Grande do Sul, Vitolo et al. (2005) encontraram uma prevalência de CAP de 18,1%. Já a prevalência encontrada por Coletty e Assumpção Júnior (2005), ao avaliarem adolescentes acima do peso, foi de 41% .

Conforme observado por Costa e Biaggio (1998), alterações significativas entre obesidade e as variáveis ansiedade-traço, ansiedade-estado e raiva foram evidenciadas ao comparar pacientes obesos e não-obesos em fase inicial de tratamento em uma clínica de emagrecimento. Mattos et al. (2002), ao avaliarem 50 indivíduos com obesidade grau III atendidos no ambulatório de obesidade da UNIFESP, observaram que: 36% dos pacientes avaliados apresentavam TCAP; 54%, CAP; 76%, Insatisfação corporal; 100%, sintomas depressivos; 70%, ansiedade-traço; e 54% manifestaram ansiedade-estado.

Ao estudar adolescentes com obesidade moderada e grave, Isnard et al. (2003) identificaram uma associação relacionada à presença de compulsão alimentar, medidas psicológicas de ansiedade e depressão, bem como entre à presença de compulsão alimentar,

baixa autoestima e insatisfação corporal. Jorn et al. (2003) apontaram, ao verificar a associação entre sintomas de ansiedade e depressão com a obesidade, que mulheres obesas, comparadas a não-obesas, apresentaram níveis mais elevados destes sintomas. Petribu et al. (2006) verificaram que obesos mórbidos, candidatos a cirurgia bariátrica, possuíam elevada prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada, depressão no passado, Transtorno do Pânico e Agorafobia.

Fox e Power (2009), em extensa revisão do tema, identificaram que sentimentos, como raiva e desgosto, são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de TA e que a compulsão alimentar opera como um inibidor da autoestima.

Siqueira et al. (2005), ao investigar a relação entre percepção de peso corporal e episódios de compulsão alimentar em uma amostra de usuários de *shoppings centers* de cinco cidades brasileiras, identificaram uma prevalência de episódios de compulsão alimentar mais elevada entre indivíduos com sobrepeso (15,6%) — se comparados aos de peso normal (9,9%) — e entre indivíduos com percepção do peso corporal acima do ideal (14% em homens, 15% em mulheres), se comparados àqueles que percebiam seu peso como ideal ou abaixo do ideal (8% em homens, 7% em mulheres).

Com relação ao uso de psicoativos, Agras et al. (2003) sugerem que doenças clínicas, como a obesidade e transtornos psiquiátricos, como o TCAP, sejam mais severos e recorrentes quando associados à dependência de psicoativos. Nesta mesma perspectiva, ao estudar 80 mulheres dependentes de psicoativos, Brasiliano e Hochgraf (2006) evidenciaram que um terço delas apresentava um TA associado.

Conforme esquema anteriormente apresentado (Esquema 1), dentre os estudantes avaliados neste presente estudo epidemiológico, foi positivamente identificado pelos instrumentos de rastreamento que: a) 8,2% apresentavam Compulsão alimentar periódica; b) 3,8%, Depressão; c) 13,9%, Ansiedade e d) 10,1%, Insatisfação corporal. Muitas variáveis do estudo se mostraram estatisticamente associadas aos resultados dos instrumentos empregados; no entanto somente quatorze delas se mantiveram nos quatro modelos de regressão logística desenvolvidos, algumas em mais de um modelo.

6.1 Modelo de Compulsão Alimentar Periódica

Neste modelo, as variáveis: Insatisfação corporal, Depressão, IMC elevado e Uso de psicoativos sob prescrição médica se associaram positivamente à presença de Compulsão alimentar periódica.

Uma vez que se sabe que o TCAP é caracterizado como um comportamento de excesso alimentar (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; SILVA; PAEGLE, 2006; PACCOLA, 2006; SILVA; PONTIERE, 2008; DUNKER et al., 2009) — no qual o alimento é usado indiscriminadamente para lidar com diferentes estados emocionais (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; FREITAS et al., 2001; COLLETY, 2005; ESPÍNDOLA; BLAY, 2006, PETRIBU et al., 2006; BROWNLEY et al., 2007; LAESSLE; SCHULZ, 2009) — o sobrepeso é uma consequência frequente.

Appolinário et al. (1995), Borges (1998), Coutinho (2000), Mattos et al. (2002), Siqueira et al. (2005), Petribu et al. (2006), Passos et al. (2008) referem que, em geral, os comedores compulsivos apresentam pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, maior número de tentativas malsucedidas de adesão a dietas, maior dificuldade para perder peso, pior manutenção do peso perdido e maior taxa de abandono dos tratamentos que os demais obesos.

De acordo Appolinário e Claudino (2000), Villela e Cruz (2003) e Azevedo et al. (2004), grande parte dos pacientes com TCAP é obesa, e muitos apresentam acentuada história de flutuações de peso (SPITZER et al., 1993). Segundo Dobrow et al. (2002), Engel et al. (2009), Laessle e Schulz (2009) e Peterson et al. (2010), o estresse é um dos principais fatores ligados ao aumento da compulsão alimentar e, conseqüentemente, ao ganho de peso.

Para Faria e Shinohara (1998), Appolinário (2004), Nunes et al. (2006), existe um ciclo vicioso responsável por gerar episódios compulsivos, seguidos de culpa e arrependimento, que são precursores de múltiplos e contraditórios comportamentos — ora ligados à não-aceitação do próprio peso, ora ligados ao comer compulsivo. Ao avaliar as interfaces dos TA em diferentes grupos de indivíduos Costa e Biaggio (1998), Borges et al. (2002), Petribu et al. (2006), Hrabosky et al. (2007), Baptista et al. (2008), Cooper et al. (2008), Corseuil et al. (2009), Cenci et al. (2009), Martyn-Nemeth et al. (2009) também chegaram a conclusões semelhantes.

O TCAP pode vir acompanhado ou não de métodos compensatórios e inadequados para o controle de peso, tais como vômitos autoinduzidos, utilização de medicamentos (diuréticos, laxantes e inibidores de apetite), diferentes dietas, intensificação de exercícios físicos e abuso de algumas substâncias (caféina, psicoativos ilícitos). Segundo Azevedo et al. (2004), Fontenelle et al. (2005), Espíndola e Blay (2006), Duchesne et al. (2007) e Laessle e Schulz (2009), estes pacientes, além de apresentarem elevados índices de perfeccionismo, impulsividade, autodesprezo, isolamento social e pensamentos dicotômicos (do tipo “tudo ou nada”), abusam mais de psicoativos (GRILO et al., 2002, BRASILIANO; HOCHGRAF,

2006; KRUG et al., 2008), possuem pior qualidade de vida (BAPTISTA et al., 2008) e apresentam uma extrema preocupação e insatisfação com a forma corporal (CORDÁS; NEVES, 1999; MATTOS et al., 2002 e HRABOSKY et al., 2007).

Assim sendo, os resultados deste estudo são convergentes com a maioria dos achados encontrados na literatura pesquisada: tanto quanto à associação dos episódios compulsivos com a existência de depressão e insatisfação corporal, como pelo uso de psicoativos — neste caso, fármacos habitualmente consumidos sob prescrição médica, nomeadamente benzodiazepínicos, anfetamínicos e remédios para aumento de massa muscular. Embora não apresentado nos resultados, a elevada prevalência de CAP entre os indivíduos que relataram utilizar anfetamínicos para emagrecer mostrou outra situação relevante: a prevalência de CAP entre os participantes que utilizavam anfetamínicos igualmente para emagrecer e ficar acordado foi de 47,1% e entre os que utilizavam anfetamínicos exclusivamente para emagrecer, foi de 34,4%.

6.2 Modelo de Depressão

Presença de ansiedade, compulsão alimentar periódica, uso de psicoativos de prescrição médica e de possível síndrome de dependência ao álcool (CAGE-positivo) aumentaram a chance de depressão, enquanto que a variável “Frequentemente ou sempre sentir-se feliz” reduziu o risco de tal desfecho.

Estudos já realizados têm indicado que a depressão estaria associada a diversas patologias (COSTA; BIAGGIO, 1998, MATTOS et al., 2002 e PETRIBU et al., 2006), bem como ao aumento do consumo de vários psicoativos (AGRAS et al., 2003, BRASILIANO; HOCHGRAF, 2006). Bahls e Bahls (2002), em extensa revisão sobre a depressão em adolescentes, relatam haver altas taxas de comorbidades associadas a esses quadros, sendo mais frequentes os transtornos de ansiedade (30 a 80%), a distímia (33%), o abuso de substâncias (20 a 30%), o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (50%) e os transtornos de conduta (10 a 80%). Segundo estes autores, a probabilidade de transtornos comórbidos tende a aumentar na medida em que a depressão se agrava.

De acordo, com a literatura dos TA, existe quase um consenso que aponta para a existência de um ciclo que envolve problemas emocionais — depressão, ansiedade, raiva, desgosto, estresse — associados à presença de compulsão alimentar, sentimentos de culpa, baixa autoestima e dificuldade de controle do impulso (ISNARD et al., 2003; JORN et al., 2003; PETRIBU et al., 2006; FOX; POWER, 2009; MARTYN-NEMETH et al., 2009).

Nesta perspectiva, ao avaliarem diferentes grupos de indivíduos, Costa e Biaggio (1998), Mattos et al. (2002), Coletty e Assumpção Júnior (2005), evidenciaram existir relações lineares entre sintomas emocionais, psiquiátricos e obesidade. Petribu et al. (2006), Fox e Power (2009), por sua vez, encontraram a associação entre baixa qualidade de vida e as emoções negativas sobre diversas patologias, dentre elas, a depressão.

Para Werutsky (1999), Baptista et al. (2008), Araújo et al. (2009), Engel et al. (2009), Fox (2009) a associação da depressão com outras patologias clínicas pode implicar em risco aumentado de incapacidade laboral, redução da qualidade de vida e aumento de mortalidade e de comorbidades. Conforme discussão proposta por Sakae et al. (2010), a depressão é comumente acompanhada por acentuada fadiga, diminuição das atividades realizadas, perda da capacidade de apreciar o que anteriormente lhe proporcionava prazer, abandono de atividades rotineiras, bem como aumento de sentimentos negativos, sobre si próprio, sobre o mundo e o futuro. Neste sentido, torna-se compreensível que apresentar ansiedade, compulsão alimentar, sentir-se nunca ou raramente feliz, usar psicoativos sob prescrição médica, bem como, usar bebidas alcoólicas capaz de levar a possível dependência alcoólica, pode estar relacionado a uma resposta subjetiva e particular da depressão.

6.3 Modelo de Ansiedade

Ser do sexo feminino, apresentar doença crônica, insatisfação corporal e depressão foram categorias positivamente associadas à ansiedade. Já as variáveis frequentemente ou sempre sentir-se feliz e possuir renda familiar superior a 10 SM atuaram como fatores protetores para a ocorrência de tal desfecho.

O fato de a população feminina ser a mais afetada, reitera achados da literatura, que já evidenciou tal situação. Conforme descrito no DSM-IV (APA, 1995), a prevalência de ansiedade é duas a três vezes mais frequente em mulheres do que em homens, mesmo considerando estudos realizados em diferentes países, em várias comunidades e em pacientes que procuram atendimento psiquiátrico.

De acordo com os critérios da CID-10 (OMS, 1993), a ansiedade é comumente acompanhada por apreensão (preocupações sobre desgraças futuras, sentir-se no limite, dificuldade de concentração), tensão motora (movimentação inquieta, cefaléias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar) e hiperatividade autonômica (sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia, tontura e boca seca).

Para Barros et al. (2006) a presença de outra doença na vida de uma pessoa com problemas emocionais traz alterações significativas no seu organismo, no seu modo de vida e nas relações sociais estabelecidas. Segundo Figueiredo (2009), as pressões financeiras, socioculturais e profissionais contribuem de forma expressiva para o desenvolvimento de diversos transtornos, inclusive a ansiedade. Desta forma, quando um indivíduo é acometido por circunstâncias por ele julgadas “perturbadoras”, seu organismo reagirá para ajustar-se a elas. Conforme referido por este mesmo autor, estudos brasileiros e estrangeiros mostrariam que os sentimentos de bem-estar e de saúde geral passam prioritariamente pela satisfação de exigências relativas à idade, saúde, trabalho, amigos, dinheiro, relacionamentos amorosos, família, religiosidade e educação (não necessariamente nesta ordem).

Complementando tal raciocínio e vindo ao encontro desses valores, Sousa e Coleta (2010), em pesquisa com 413 indivíduos sobre o significado e a correlação do sentimento de felicidade em suas vidas, observaram que os sujeitos sempre davam grande importância e valor a aspectos, como: satisfação com a vida, com o dinheiro, com a humildade, com o amor e com a felicidade. Na questão que investigava o que está faltando para os sujeitos serem mais felizes, percebeu-se que os aspectos mais citados foram: Dinheiro e Amor. Além disso, o grupo de maior renda indicou estar mais satisfeito com a vida do que os demais grupos que ganhavam menos.

Sendo assim, os resultados encontrados nesta pesquisa — nomeadamente, ser do sexo feminino, apresentar doença crônica, depressão e insatisfação corporal clinicamente significativas — são convergentes com a maioria dos achados encontrados na literatura pesquisada. Por outro lado, o efeito protetor da renda familiar superior e do sentimento de felicidade, também, parece refletir achados de outros pesquisadores sobre o tema.

6.4 Modelo de Insatisfação corporal

A insatisfação corporal foi significativamente mais encontrada entre estudantes: do sexo feminino; com IMC elevado; que apresentavam compulsão alimentar periódica; ansiedade; tinham vontade de fazer cirurgia plástica; mencionavam ser o abdome a parte do corpo de que menos gostavam e do bloco de cursos de ciências da saúde.

Sabe-se que a valorização contemporânea da imagem corporal formatada por padrões de beleza que idealizam corpos excessivamente magros pode determinar valores e normas e condicionar atitudes e comportamentos relacionados à forma do corpo, sua aparência e seu peso (KATZMARKYK; DAVIS, 2001; GOLDENBERG et al., 2002; SANT’ ANNA, 2000;

SINGH; SINGH, 2006). Sendo assim, diante das pressões sociais em relação ao corpo, torna-se justificável encontrar pessoas acima do peso e que desejam realizar cirurgia plástica com tal distúrbio.

Nesta mesma perspectiva, Garcia (2005), Goldenberg (2005) e Damico e Meyer (2006) discutem que a mídia seria responsável por difundir, para todas as classes sociais, uma preocupação com a imagem corporal a ponto de causar, em muitos jovens, sentimentos negativos, tais como vergonha, baixa autoestima, insatisfação corporal e maior vulnerabilidade a problemas alimentares e emocionais.

Toledo et al. (2009), em pesquisa realizada com estudantes de Nutrição de uma universidade do Rio Grande do Sul, verificaram que a preocupação com a gordura corporal, o pavor com o excesso de peso, o conhecimento sobre o número de calorias dos alimentos que comem e a preocupação com o desejo de ser mais magros foram os principais fatores preditivos para o desenvolvimento de TA.

O fato de, dentre os estudantes, as mulheres terem apresentado maior prevalência de insatisfação corporal, pode ser tomado como um reflexo de sua maior susceptibilidade à influência da cultura da magreza que encoraja e, possivelmente, mantém comportamentos de ingesta disfuncionais e práticas inadequadas de controle de peso (HOERR et al., 2002; VILELA et al., 2004; AMARAL et al., 2007; AUSTIN et al., 2008; SEPÚLVEDA et al., 2008). Tal susceptibilidade feminina foi verificada por Turner et al. (1997) que, ao analisarem a satisfação corporal de estudantes deste sexo após o impacto de exposição ao conteúdo de revistas de moda, observaram o seguinte: depois de determinado tempo observando essas revistas, as estudantes sentiram-se mais insatisfeitas com sua imagem corporal, mais culpadas com relação a suas atitudes e comportamentos alimentares e desejando mais a perda de peso do que o grupo de estudantes, de peso semelhante, que observaram outros tipos de revistas.

Nesta mesma perspectiva, Alvarenga et al. (2010), ao avaliar a insatisfação corporal de 2.042 universitárias do sexo feminino nas cinco regiões do país, verificaram que 64,4% gostariam de ser menores, em volume, do que sua figura atual. Kakeshita e Almeida (2006), avaliando universitários em São Paulo, encontraram que 87% das mulheres eutróficas ou com sobrepeso superestimaram seu tamanho corporal, indicando distorção na autopercepção da imagem.

Ciorlin e Nozaki (2009) observaram, em pesquisa com 168 adolescentes de 11 a 19 anos de uma escola particular de município do estado do Paraná, haver diferenças em relação à insatisfação corporal entre gêneros: os meninos obesos apresentam 15,38% de distorção da imagem corporal, enquanto os meninos eutróficos apresentam 2,22%; em contrapartida, as

meninas obesas apresentam 38,46% de distorção da imagem corporal, enquanto as meninas eutróficas apresentam 20%.

A existência de modelos sociais estéticos, associada às exigências do mercado do trabalho, parece resultar em uma pressão com a qual nem todos estão aptos a lidar. Assim sendo, é admissível que, em nossa pesquisa, estudantes da área da saúde — cujo objeto de estudo é o corpo e o processo de saúde e doença — tenham tido maiores chances de achado de insatisfação corporal.

6.5 Síntese final dos modelos construídos

Os resultados indicaram que tanto o modelo de Compulsão alimentar periódica, quanto o de Ansiedade se mantiveram significativamente associados aos desfechos avaliados de Depressão e Insatisfação corporal clinicamente significativas. E os modelos de Depressão e Insatisfação corporal se relacionaram à presença de Compulsão alimentar periódica e Ansiedade.

O IMC elevado associou-se à Compulsão alimentar periódica e à presença de Insatisfação corporal. O consumo de psicoativos sob prescrição médica associou-se à Compulsão alimentar periódica e à Depressão. A alternativa “sentir-se raramente ou nunca felizes” foi fator desencadeador de Ansiedade e Depressão. As mulheres foram mais vulneráveis à presença de Ansiedade e de Insatisfação corporal. A possível dependência alcoólica (CAGE positivo) foi fator desencadeante para a Depressão. As alternativas “fazer tratamento para alguma doença crônica” e apresentar “renda familiar de até 10 SM” foram fatores desencadeadores de Ansiedade. Finalmente, mencionar ser o abdome a parte do corpo que menos gostava, possuir vontade de fazer cirurgia plástica e ser do bloco de cursos de ciências da saúde foram fatores de risco para desenvolvimento Insatisfação corporal.

7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Além das próprias limitações dos instrumentos de autorrelato — já bastante conhecidas e discutidas (MUZA et al., 1997; CARLINI, 2002; SILVA et al., 2006) — as principais considerações acerca deste trabalho referem-se a: a) a natureza transversal do desenho da pesquisa, que limita qualquer conclusão sobre temporalidade e as direções subjacentes às associações observadas; b) os instrumentos para avaliar Compulsão alimentar periódica, Depressão, Ansiedade e Insatisfação corporal, que embora sejam validados para o idioma português, são somente instrumentos de rastreamento; c) o IMC, que embora seja um dos marcadores mais comumente empregados para avaliação do estado nutricional, não descreve a ampla variação que ocorre na composição corporal de indivíduos e tem baixa especificidade em termos de associação com risco à saúde (PINHEIRO et al., 2004; KAKESHITA; ALMEIDA, 2006; FERREIRA, 2006) e d) por último, deve-se ressaltar, que os resultados dizem respeito ao grupo especificamente estudado e a possibilidade de generalização dos mesmos deve ser avaliada com cautela.

8 CONCLUSÃO

Este estudo partiu de evidências de que, frente ao ideal de beleza imposto pela contemporaneidade, muitos jovens sejam afligidos por sentimentos de insatisfação corporal e apresentem maior vulnerabilidade a problemas alimentares e emocionais. Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa foi investigar a prevalência de Compulsão alimentar periódica, Síndrome depressiva, Síndrome ansiosa e Insatisfação corporal entre estudantes dos cursos de graduação da UFJF, bem como verificar suas possíveis associações entre si, ao consumo de substâncias psicoativas e a outras variáveis sócio-demográficas.

Os resultados, conforme apresentado anteriormente, indicaram haver várias associações significativas nos quatro modelos analisados. No entanto verifica-se que os três aspectos psicopatológicos centrais dos TA — a intensa preocupação com o alimento, o peso e a forma corporal — somente foram encontrados nos modelos de Compulsão alimentar periódica e de Insatisfação corporal. A preocupação com o alimento, representada nesta pesquisa pela análise da ECAP, foi também observada no modelo de Depressão, e a preocupação com a forma corporal, avaliada pela escala BSQ, no modelo de Ansiedade.

Ao reforçar as evidências sobre a íntima relação entre comportamentos alimentares inadequados, depressão, ansiedade e insatisfação corporal — bem como sua associação a variáveis estudantis, demográficas e sociais, pessoais, relativas à sexualidade, comportamentais, ligado ao uso de psicoativos, estéticas e de tratamento médico, bem como massa corporal — os resultados deste trabalho contribuem para o aprofundamento do estudo sobre a influência dos componentes culturais e subjetivos na adoção de atitudes e práticas relativas ao comportamento alimentar e ao estado nutricional dos indivíduos.

Acreditamos que a importância deste estudo consiste no fato de que evidências desta natureza sejam ainda necessárias para aumentar a qualidade das avaliações clínica e nutricional dos comportamentos alimentares e, conseqüentemente, contribuir para melhor abordagem de doenças crônico-degenerativas sabidamente associadas ao estado nutricional. Além disso, faz-se importante que os profissionais envolvidos — principalmente os das áreas de saúde e educação — atentem cada vez mais para a importância de se incentivar os jovens a conhecerem melhor a si mesmos e ao seu corpo e a refletirem sobre os padrões corporais em voga, compreendendo essas relações com sua saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R.P.; CARDOSO, L.R.D. Multideterminação do Comportamento Alimentar em Humanos: um Estudo de Caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 355-360, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 mar. 2010.
- AGRAS, W.S. et al. **Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders**. Nova York. 2003. Disponível em: <<http://alcoholism.about.com/cs/nutrition/a/blcasa040128.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2010.
- ALMEIDA, G.A.N.; SANTOS, J.E.; PASIAN, S.R.; LOUREIRO S.R. Percepção de Tamanho e Forma Corporal de Mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 27-35, jan./abr.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a04.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2010.
- ALVARENGA, M.S. et al. Insatisfação da imagem corporal em universitárias brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.1, p. 44-51, 2010.
- AMARAL, A.C.S. et al. A cultura do corpo ideal: nível de satisfação corporal entre escolares de diferentes faixas etárias - estudo comparativo. **HU rev.**, Juiz de Fora, v.33, n.2, p.41-45, abr./jun.2007. Disponível em: <www.aps.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewPDFInterstitial/60/41>. Acesso em: 06 mar. 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- ANDRADE, A.; BOSI, M.L.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, p.117-125, jan./mar. 2003. Disponível em: <www.cienciasecognicao.org/pdf/v13/cec_v_13_3_m318295.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2010.
- ANTCZAK, A. J.; BRININGER, T. L. Quantification of Eating Disorders among Female Army Soldiers by Medical Diagnosis. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, may 2008. Disponível em: <http://journals.lww.com/acsmssse/Fulltext/2008/05001/Quantification_of_Eating_Disorders_among_Female.920.aspx>. Acesso em: 25 mar. 2010.
- APPOLINARIO, J.C.; COUTINHO, W.; POVOA, L.C. O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 44, supl.11, p.46-49, 1995.
- APPOLINARIO, J.C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.22, supl.2, p.28-31, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008> Acesso em: 01 mar. 2010.

_____. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n.2, p.75-6, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200002>. Acesso em: 02 mar. 2010.

ARAÚJO, D. M.R.; FONSECA, G.S.S; NARDI, A.E. Binge eating disorder and depression: A systematic review. **World Journal of Biological Psychiatry**, 2009.

ARAÚJO, J.J. **Avaliação da prevalência de desgaste dentário em pacientes portadores de transtornos alimentares**. 2007. 209f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, Bauru. 2007.

ARIF, A.A.A.; ROHRER, J.E. Patterns of alcohol drinking and its association with obesity: data from the third national health and nutrition examination survey, 1988–1994. **BMC Public Health**, v.5, n.12, p.1-6, 2005, Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/126>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

AUSTIN, S.B. et al. Screening High School Students for Eating Disorders: Results of a National Initiative. **Preventive Chronic Disease Public Health Research**, v.5, n.4, 2008. Disponível em: <www.cdc.gov/pcd/issues/2008/oct/07_0164.htm>. Acesso em: 09 mar. 2010.

AZEVEDO, A.P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 170-172, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/170.html>>. Acesso em: 09 mar. 2010.

BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em psicologia**, v.6, n.1, p. 49-57, 2002.

BAPTISTA, M.N.; VARGAS, J.F.; BAPTISTA A.S.D. Depressão e Qualidade de Vida em uma Amostra Brasileira de Obesos Mórbidos. **Avaliação Psicológica**, v.7, n. 2, p. 235-47, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/avp/v7n2/v7n2a14.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2010.

BARKER, E.T.; GALAMBOS, N.L. Exploring Criterion Confounding in the Measurement of Binge Eating Symptoms and Negative Affect. **J Psychopathol Behav Assess**, n. 31, p. 43–50, 2009. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/984766133v3r7747>>. Acesso em: 28 fev. 2010.

BARROS, A.P.R. et al. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 19-28, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2010.

BECK, A.T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiat.** 1961.

BECK, A.T ; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1968.

BEGLIN, S.J.; FAIRBURN, C.G. Evaluation of a new instrument for the detection of eating disorders in community samples. **Psychiatry Research**, v. 44, n. 3, p. 191-201, 1992. Disponível em: <<http://ukpmc.ac.uk/articlerender.cgi?artid=1665680>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

BJÖRCK, C. et al. Negative self-image and outcome in eating disorders: Results at 3-year follow-up. **Eating Behaviors**, v.8, n.3, p.398-406, 2007. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471015306001103>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BORGES, M.B. **Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia**. 1998. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 1998.

BORGES, M.B.; JORGE, M.R. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. **Psiquiatria na prática médica**, v.34, n.4, 2000. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_07.htm>. Acesso em: 25 mar. 2010.

BORGES, M.B.; JORGE, M.R.; MORGAN, C.M. Binge-Eating Disorder in Brazilian Women on a Weight-Loss Program. **Obesity Research**, v.10, n.11, 2002. Disponível em: <<http://www.nature.com/oby/journal/v10/n11/full/oby2002153a.html>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

BOSA, V. L. **Ansiedade, consumo alimentar e estado nutricional de adolescentes**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde da criança e do adolescente) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

BRASILIANO, S. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.mulherdependentequimica.com.br/Silvia_Brasiliano_Doutorado.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2010.

BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Rev. Psiq. Clín.**, v.33, n.3, p.134-144, 2006. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/134.html>. Acesso em: 25 mar. 2010.

BROWNLEY, K.A. et al. Binge Eating Disorder Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **International Journal of Eating Disorders**, n. 40, p. 337–348, 2007. Disponível em: <<http://www.nami.org/pdf/BEDAHRQ.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2010.

BRUIN, A.P.K.; BAKKER, F.C.; OUDEJANS, R.R.D. Achievement goal theory and disordered eating: Relationships of disordered eating with goal orientations and motivational climate in female gymnasts and dancers. **Psychology of Sport and Exercise**, n.10, p. 72–79, 2009. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/psychsport>. Acesso em: 05 abr. 2010.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001**, São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas/Universidade Federal de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2010.

CARROLL, S.L. et al. Smoking, Weight Loss Intention and Obesity-Promoting Behaviors in College Students. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 25, n. 4, p. 348-353, 2006.

CASTRO, A.L. Corpo, consumo e mídia. **Comunicação, mídia e consumo**, v. 1, n. 1, São Paulo, 2003.

CENCI, M.; PERES, K.G.; VASCONCELOS, F.A.G. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. **Revista de psiquiatria clínica**, v.36, n.3, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-6083200903001>. Acesso em: 13 mar. 2010.

CIORLIN, N.M.; NOZAKI, V.T. Compulsão alimentar periódica e distorção da imagem corporal em adolescentes. **Rev Bras Nut Clin**, v.24, n.3, p.189-95, 2009.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista de psiquiatria clínica**, v.36, n.3, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13964.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

COLETTY, I.M.S. **Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2005. Disponível em: <http://www.psiquiatriainfantil.com.br/teses/ione_colety/>. Acesso em: 05 abr. 2010.

COLETTY, I.M.S.; ASSUMPCÃO JÚNIOR, F.B. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v.99, n.3, jul./ago./set. 2005. Disponível em: <<http://www.psiquiatriainfantil.com.br/artigo.asp?codigo=3>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

CONTI, M.A.; FRUTUOSO, M.F.P.; GAMBARELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.4, p. 491-497, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-5273200500040005&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 abr. 2010.

CONTI, M.A.; CORDÁS, T.A.; LATORRE, M.R.D.O. Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 9, n.3, p.331-338, 2009.

COOPER, M. et al. Emotional face processing in women with high and low levels of eating disorder related symptoms. **Eating Behaviors**, n.9, p.389–397, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928901>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

COOPER, P.J. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **Int J Eat Disord**, v. 6, n.4, p.485-94, 1987.

CORDÁS, T.A., CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – Instrumento de avaliação: “body shape questionnaire”. **Psiq. Biol.**, v.2, p.17-21, 1994.

CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de Transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.26, n.1, 1999. Disponível em: <[http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n1/artigo\(41\).htm](http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n1/artigo(41).htm)>. Acesso em: 01 mar. 2010.

CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 24, supl.3, p.3-6, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13963.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

_____. Transtornos alimentares: Classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.154-157, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

CORSEUIL, M.W.; PELEGRINI, A.; BECK, C. Prevalência de Insatisfação com a Imagem Corporal e sua Associação com a Inadequação Nutricional em Adolescentes. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v.20, n.1, p. 25-31, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v20n1a09.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

COSTA, J.M.A.; BIAGGIO, A.M.B. Aspectos emocionais da obesidade: ansiedade e raiva. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, v. 50, n.3, p. 30-50, jul./set. 1998. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0100-8692&lang=pt>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

COURBASSON, C.; BRUNSHA, W.J.M. The Relationship between Concurrent Substance Use Disorders and Eating Disorders with Personality Disorders. **Int J Environ Res Public Health**, v.6, n.7, p.2076–2089, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

COUTINHO, W.F. **Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer**. 2000. Tese (Doutor em Endocrinologia Clínica) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2000.

CRUZ, P.P. et al. **Culto ao corpo**: as influências da mídia contemporânea marcando a juventude. 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST48/Cruz-Nilson-Pardo-Fonseca_48.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2010.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAMICO, J.G.S.; MEYER, D.E. O Corpo como Marcador Social Saúde, Beleza e Valoração de Cuidados Corporais de Jovens Mulheres. **Revista Brasileira de Ciências e Esporte**, Campinas, v.27, n.3, p.103-118, 2006. Disponível em: <<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php?>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

DATAFOLHA INSTITUTO DE PESQUISAS. **Cirurgia Plástica no Brasil**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, 2009. 50 slides, color. Acompanha texto.

PRIORI, M.; FREIRE, D.S. **O corpo feminino e o preço da inclusão na cultura contemporânea**. São Paulo: Clio-Psyché/Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia, 2005. Disponível em: <<http://www.mnemosine.cjb.net/emo/index.php/mnemo/article/view/130/343>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

PIETRO, M.C. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ "Body Shape Questionnaire" em uma população de estudantes universitários**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2001.

PIETRO, M.C.; SILVEIRA, D.X. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala *Body Shape Questionnaire* em uma população de estudantes universitários brasileiros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.31, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/revistas/rbp/v31n1/253anxtb>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

DINGEMANS, A.E.; MARTIJN, C.; JANSEN, A.T.M. The effect of suppressing negative emotions on eating behavior in binge eating disorder. **Appetite**, n. 52, p. 51–57, 2009. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/appet>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

DOBROW, I.J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.24, supl.3, p.63-7, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13975.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2010.

DUCHESNE, M. et al. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria RS**, v.29, n.1, p.80-92, 2007. Disponível em: <<http://www.toodoc.com/Obesidade-Terapia-Cognitivo-ebook.html>>. Acesso em: 06 mar. 2010.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732003000100006&script=sci>>. Acesso em: 06 mar. 2010.

DUNKER, K.L.L.; ALVARENGA, M.S.; ALVES, V.P.O. Transtornos alimentares e gestação: Uma revisão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.58, n.1, p.60-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-00010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 07 abr. 2010.

EDDY, K.T. et al. Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa Subtypes. **Int.J. Eat. Disord**, v. 31, n. 2, p. 191-201, 2002.

EISLER, I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. **J Fam Therapy**, n. 27, p. 104-31, 2005.

ENGEL, S.G.; ADAIR, C.E.; HAYAS, C. Health-Related Quality of Life and Eating Disorders: A Review and Update. **International Journal of Eating Disorders**, v. 42, n.2, p.179–187, 2009. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/121295/CRETRY=1&SRETRY=0>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

ESPÍNDOLA, C.R.; BLAY, S.L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Revista de Psiquiatria RS**, v. 28, n.3, p. 265-75, 2006.

EWING, J.A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. **J Am Med Assoc**, n. 12, p.1905–1907, 1984.

FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z.; DOLL, H.A. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. **Archives of general psychiatry**, v. 57, n.7, p. 659-665, 2000. Disponível em: <<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/57/7/659>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

FAIRBURN, C.G. et al. The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. **Behaviour Research and Therapy**, v.45, n.8, p.1705-1715, aug.2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17374360>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

FARIA, S.P.; SHINOHARA, H. Transtornos alimentares. **Revista InterAÇÃO**, Curitiba, v.2, n.52, p.51-73, 1998. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/7644/5453>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

FELDMAN, M.B.; MEYER, I.H. Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. 3, p. 218–226, 2007. Disponível em: <<http://www.columbia.edu/~im15/files/ED.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2010.

FERREIRA, F.R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.26, p.471-83, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a02.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2010.

FERREIRA, S.R.G. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? **Einstein**, Supl. 1, p.1-6, 2006. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/113-1-6.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

FIGUEIREDO, L.V.R. Índice geral de saúde dos universitários em três cidades do norte de Minas Gerais - Brasil. **Hygeia**, vol.5, n.8, p.23-35, 2009.

FONTENELLE, L.F.; MENDLOWICZ, M.V.; MOREIRA, R.O. An empirical comparison of atypical bulimia nervosa and binge eating disorder. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, n. 38, p. 1663-1667, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjmr/v38n11/v38n11a14.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2010.

FOX, J.R.E.; POWER, M.J. Eating Disorders and Multi-Level Models of Emotion: An Integrated Model. **Clin. Psychol. Psychother.**, n. 16, p. 240–267, 2009. Disponível em <<http://www.interscience.wiley.com>>. Acesso em 13 fev. de 2010.

_____. Eating Disorders and Emotions. **Clin. Psychol. Psychother.**, n.16, p.237-239, 2009. Disponível em <<http://www.interscience.wiley.com>>. Acesso em 13 fev. 2010.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINARIO, J.C. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, supl.3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=1516-4&script=sci_issuetoc>. Acesso em: 08 mar. 2010.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.215-20, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

GARCIA, W. **Corpo, mídia e representação**: estudos contemporâneos. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GARFINKEL, P.E. et al. Bulimia nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and comparison of subgroups. **The American Journal of Psychiatry**, v.157, p.1057, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7793442>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

GELIEBTER, A.; GLUCK, M.E.; HASHIM, S.A. Plasma Ghrelin Concentrations Are Lower in Binge-Eating Disorder. **Journal of Nutrition**, n.135, p.1326-1330, 2005. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/cgi/content/135/5/1326>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

GIGANTE, D.P. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.3, p.236-46, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101997000300004&script=sci_arttext> Acesso em: 23 fev. 2010.

GOLDENBERG, M. **Nu & Vestido**: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

_____. Gênero e Corpo na Cultura Brasileira. **Psicologia clínica**, v.17, n.2, p.65-80, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200006>. Acesso em: 04 mar. 2010.

GONZAGA, A.P.; WEINBERG, C. Transtornos alimentares: uma questão cultural? **Rev. Latinoamericana de Psicopatia Fund.**, v. 8, n.1, p. 30-39, 2005. Disponível em: <<http://www.redecepan.com.br/artigos/05.03.01/05.03.01.htm>>. Acesso em: 09 mar. 2010.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de psiquiatria Clínica**, v.25, n.5, p. 245-250, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

GORMALLY, J.; BLACK, S.; DASTON, S. The assessment of binge eating severity among obese persons. **Addictive Behaviors**, v.7, n.1, p.47-55, 1982. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VC945XTYSC&_ser=10&_coverDate=12%2F31%2F1982&_rdoc=1&_fmt=igh&_orig=browse&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=d263aace879fb75505d5ba621aba565>. Acesso em: 26 mar. 2010.

GRAUP, S. et al. Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**, São Paulo, v.22, n.2, p.129-38, abr./jun.2008, Disponível em: <http://www.usp.br/eefe/rbefe/v22n22008/4_RBEv22_n2_2008_p129.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2010.

GRILO, C.M.; SINHA, R.; O'MALLEY, S.S. Eating Disorders and Alcohol Use Disorders. **Research Update**, v.26, n.2, 2002. Disponível em: <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/151-160.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2010.

GRILO, C.M. et al. **Factor Structure of the Eating Disorder Examination Interview in Patients With Binge-eating Disorder**. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19683617>> Acesso em: 17 mar. 2010.

GULL, W.W. **Anorexia nervosa** (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of the Clinical Society of London, 1874.

HAMBURGER, W.W. Psychological Aspects Of Obesity. **Bull. N. Y. Academy of Medicine**, v.33, n.11, p.771-782, 1957. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1806256/pdf/bullnyacadmed00380-0047.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2010.

HASSEL, S. et al. Prefrontal cortical and striatal activity to happy and fear faces in bipolar disorder is associated with comorbid substance abuse and eating disorder. **J Affect Disord**, v.118, p.19–27, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/mid/>>. Acesso em: 16 mar. 2010

HAY, P.J. et al. Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. **Plos One**, v. 3, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18253489>>. Acesso em: 16 mar. 2010

HOEK H.W. et al. Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. **The American Journal of psychiatry**, v.152, n.9, p.1272-8, 1995. Disponível em: <<http://www.madeasy.de/4/anorex.htm>> Acesso em: 16 mar. 2010.

HOEK H.W.; HOEKEN, Daphne Van. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v.34, n. 4, p.383-396, 2003. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/user/accessdenied?ID=106557769&Act=2138&Code=4717&Page=/cgi-bin/fulltext/106557769/PDFSTART>>. Acesso em: 22 fev. 2010

HOERR, S.L. et al. Risk for Disordered Eating Relates to both Gender and Ethnicity for College Students. **Journal of the American College of Nutrition**, v.21, n.4, p.307-314, 2002. Disponível em: <<http://www.jacn.org/misc/terms.shtml>>. Acesso em: 16 mar. 2010

HRABOSKY, J.I.; MASHEB, R.M.; WHITE, M.A. Overvaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.75, n.1, p.175-180, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18489217>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

ISNARD, P. et al. Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. **Int J Eat Disord**, v. 34, n.2, p.235-43, 2003.

JORN, A.D. et al. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. **Aust N J Public Health**, v.27, n.4, p.434-40, 2003.

KACHANI, A.T. et al. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, supl.1, p.21-24, 2008. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/pdf/21.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2010.

KAKESHITA, I.S.; ALMEIDA, S.S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Revista Saúde Pública**, v.40, n.3, p.497-504, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/19.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

KATZMARZYK P.T.; DAVIS, C. Thinness and body shape of Playboy centerfolds from 1978 to 1998. **International Journal of Obesity**, n.25, p.590-592, 2001. Disponível em: <<http://www.nature.com/uidfinder/10.1038/sj.ijo.0801571>>. Acesso em: 05 abr. 2010.

KEYS, A. et al. **The Biology of Human Starvation**. Minneapolis: University of Minneapolis Press, vol.1, 1950.

KORNHABER, A. The Stuffing Syndrome. **Psychosomatics**, v.11, p.580-584, 1970. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5275349>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

KRUG, I.; TREASURE, J.; ANDERLUH, M. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. **Drug and Alcohol Dependence**, n.97, p.169-179, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18571341>>. Acesso em: 01 abr. 2010.

LAESSLE, R.G.; SCHULZ, S. Stress-Induced Laboratory Eating Behavior in Obese Women with Binge Eating Disorder. **International Journal of Eating Disorders**, v.42, n.6, p.505-510, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19172596>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

LASÉGUE, E.C. De l' anorexie hystérique. **Archives of General Medicine**, n.21, p.385-403, 1973.

LILENFELD, L.R.R. et al. A family history study of binge-eating disorder. **Comprehensive Psychiatry**, n.49, p.247-254, 2008. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/comppsy>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

MARTYN-NEMETH, P.; PENCKOFER, S.; GULANICK, M. The Relationships Among Self-Esteem, Stress, Coping, Eating Behavior, and Depressive Mood in Adolescents. **Research in Nursing and Health**, n.32, p.96-109, 2009. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/121422198>>. Acesso em: 26 mar. 2010.

MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. Validation of the "cage" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz J Med Biol Res**, v.16, n.3, p.215-8, 1983.

MATTOS, M.I.R. et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 24, n. 4, p.165-9, 2002.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. **Am J Psychiatry**, n.131, p.1121-3, 1974.

MELO, S.S.; ODORIZZI, C.M.C. Diagnóstico sugestivo de transtorno de compulsão alimentar periódica em portadores de diabetes de *mellitus* tipo 2 e seu efeito sobre o controle metabólico. **Einstein**, vol.7, n.3, p. 302-7, 2009.

MONTAGNER, M.A.; LEAL, V.C.L.V.; CATRIB, A.M.F. O corpo, a cirurgia estética e a saúde coletiva: um estudo de caso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.77-86 2009.

MORGAN, C.M.; AZEVEDO, A.M.C. Transtornos Alimentares e Cultura: Notas sobre a Oitava Conferência em Transtornos Alimentares - New York, 1998. **International Journal of Psychiatry**, 1998. Disponível em: <<http://www.priory.com/psych/tralimen.htm>>. Acesso em: 27 mar. 2010.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, supl.3, p.18-23, 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecultura/artigos-encontro-7/Texto12.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2010.

MOSHER, C.E.; DANOFF-BURG, S. Agentic and communal personality traits: Relations to disordered eating behavior, body shape concern, and depressive symptoms. **Eating Behaviors**, n.9, p.497-500, 2008. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/index/WM35361088104054.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2010.

MOYA, T. **Criação e Análise da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA** (Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes), 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004. Disponível em: <<http://lakh.unm.edu/handle/10229/28726>>. Acesso em: 07 mar. 2010.

MUZA, G.M. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 21-9, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-8910199700000005&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 Mar. 2010.

NEUMARK-SZTAINER, D.; LEVINE, M.P.; PAXTON, S.J. Prevention of Body Dissatisfaction and Disordered Eating: What Next?. Eating Disorders. **The Journal of Treatment & Prevention**, v.13, n.4, p.265-285, 2007. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/index/756751170.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2010.

NUNES, M.A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a06v23n1.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

NUNES, M.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Cid-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PACCOLA, A.T.F. Escuta do Psiquiatra: Sinais e Sintomas de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. In: Simpósio: **Transtornos alimentares**: anorexia e bulimia nervosa, v.39, n.3, p.349-52, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/5_escuta_psiquiatra.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2010

PASSOS, T.C.B.M.; YAZIGI, L.; CLAUDINO, A. M. Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. **Revista Psico-USF**, v.13, n.1, p.69-74, jan./jun. 2008.

PAWLUCK, D.E.; GOREY, K.M. Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population-based studies. **International Journal of Eating Disorders**, v.23, n.4, p.347-352, 1998.

PELEGRINI, T. Imagens do Corpo: reflexões sobre as acepções corporais construídas pelas sociedades ocidentais. **Revista Urutágua**, n.8, 2008. Disponível em: <http://www.urutagua.uem.br/008/08edu_pelegrini.htm>. Acesso em: 13 mar. 2010.

PETERSON, C.B. et al. Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. **Comprehensive Psychiatry**, v.51, n.1, p.31-36, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WCV-4W6FNHX-1&_user=10&_coverDate>. Acesso em: 13 mar. 2010.

PETRIBU, K. et al. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. **Arq Bras Endocrinologia Metab**, v.50, n.5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n5/32228.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

PINHEIRO, A.R.O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n. 4, p.523-533, out./dez.2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732004000400012&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 mar. 2010.

PINHEIRO, A.P. **Insatisfação com o Corpo em Escolares de 8 a 11 anos de Porto Alegre: Prevalência e Fatores associados**. 2003. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2003.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.158-160, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/158.html>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

PRESNELL, K. et al. Depression and Eating Pathology: Prospective Reciprocal Relations in Adolescents. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, n.16, p.357–365, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19569042>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

RAMACCIOTTI, C.E; COLI, E.; PAOLI, R. The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa. **Eat Weight Disord**, v.10, n.1, p.8-12, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15943166>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

RIBEIRO, M.S.; RONZANI, F.A.T; ALVES, M.J.M. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina da UFJF. **J. Bras. Psiq.** n.46, p.63-8, 1997.

RIBEIRO, M.S. et al. Crenças e comportamentos do professores de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora: uso de substâncias psicoativas. **Brasília Med**, n.41, p. 21-33, 2004.

RIBEIRO, M.S. Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. In:_____. **Uso funcional e disfuncional de substâncias psicoativas**. 2007.

RIBEIRO, R.P.P.; SANTOS, P.C.M.; SANTOS, J.E. Distúrbios da Conduta Alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosas. In: Simpósio: **Nutrição Clínica**, v.31, p. 45-53, jan./mar. 1998. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n1/disturbios_conduta_alimentar.pdf> Acesso em: 25 fev. 2010.

ROZTOCZYNSKA, D; STARZYK, J. The role of a pediatric endocrinologist in diagnostics and therapeutic management of anorexia nervosa--own experiences and review of literature. **Przegl Lek**, n.66, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exeah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&prSearch=19485257&indexSearch=ID.>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

RUSSELL, G.F.M. Bulimia Nervosa: on Ominous Variant of Anorexia Nervosa. **Psychological Medicine**, n.9, p.429-48, 1979.

SAKAE, T.M., et al. Sintomas depressivos em estudantes da área de saúde em uma universidade do sul de Santa Catarina - UNISUL. **Amrigs**, Porto Alegre, vol.54, n.1, p.38-43, 2010.

SANT'ANNA, D.B. As infinitas descobertas do corpo. **Cadernos Pagu**, n.14, p.235-249, 2000. Disponível em: <<http://www.pagu.unicamp.br/files/cadpagu/Cad14/n14a09.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2010.

SCHNEIDER, M.D.; SILVA, A.M. E o corpo, por onde anda? Ou, da pergunta sobre a soberania corporal. **Motrivivência**, n.16, p.1-3, 2001. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/viewFile/4974/5137>>. Acesso em: 30 mar. 2010.

SEPULVEDA, A.R. et al. School and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. **BMC Public Health**, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18373852>>. Acesso em: 23 Mar. 2010.

SILVA, A.M. (Ass.). **Corpo, ciência e mercado**: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade, 2001.

SILVA, E.F. et al. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1151-1158, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/04.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

SILVA, J.C.V.V.V.S.; PAEGLE, I.C.M. Transtornos alimentares: funcionamento mental e sofrimento psíquico em pacientes com anorexia nervosa. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v.14, n. 2, p.186-196, 2006. Disponível em: <<http://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/UD/article/view/649/649+%22Transtornos+alimentares:+funcionamento+mental+e+sofrimento+ps%C3%ADquico+em+pacientes+com+anorexia%22&hl=pt>>. Acesso em: 25 fev. 2010.

SILVA, K.C.C; PONTIERE, F.M. Prevalência de Transtornos Alimentares em Acadêmicos de um Curso de Nutrição. **Anuário de Produção de Iniciação Científica Discente**, v.9, n.12, p.115-127, 2008. Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anuic/article/viewPDFInterstitial/515/477>> Acesso em: 21 mar. 2010.

SILVEIRA, R.O. **Ensaio aberto de reboxetina no tratamento de pacientes obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica**. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2004. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/10731>>. Acesso em: 16 mar. 2010.

SINGH, D.; SINGH, D. Role of Body Fat and Body Shape on Judgment of Female Health and Attractiveness: An Evolutionary Perspective. **Psychological Topics**, v.15, n.2, p.331-350, 2006. Disponível em: <<http://hrcak.srce.hr/file/14208>>. Acesso em: 26 fev. 2010.

SOUZA, A.A.; COLETA, M.F.D. Significado e correlatos do sentimento de felicidade. **Horizonte Científico**, v.1, n.11, p.1-30, 2010.

SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J.S.N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**, v.19, n.6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/img_revistas/rn/v19n6/05a1>. Acesso em: 10 fev. 2010

SPITZER, R.L.; YANOVSKI, S.; WADDEN, T. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. **International Journal of Eating Disorders**, v.13, n.2, p.137-153, 1992. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477283>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

SPITZER, R.L. et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. **International Journal of Eating Disorders**, v.11, n.3, p.191-203, 1993. Disponível em: <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/112413967>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

STROBER, M. et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. **Am J Psychiatry**, n. 157, p.393-40, 2000.

SIQUEIRA, K.S; APPOLINARIO, J.C.; SICHIERI, R. Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five Brazilian cities. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.27, n.4, dec. 2005.

STUNKARD, A.J. Eating Patterns and Obesity. **Psychiatric Quarterly Journal**, v.33, n.2, p.284-295, 1959. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/j081463004871343/>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

TAHTAMOUNI, L.H. et al. Prevalence and risk factors for anabolic-androgenic steroid abuse among Jordanian collegiate students and athletes. **European Journal of Public Health**, v.18, n.6, p.661–665, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9354185>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

TURNER, S.L. et al. The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: an exploratory analysis. **Adolescence**, v.32, n.127, 1997. Disponível em: <http://prevos.net/ola/body_image.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2010.

TOLEDO, G.R.; DALLEPIANE, L.B.; BUSNELLO, M.B. Fatores preditivos para transtornos alimentares em universitárias do curso de Nutrição da Unijuí, Ijuí, RS. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.24, n.1, p.17-22, 2009. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/revista/V24-N1-172.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2010.

VAN DER HAM, T. et al. Empirically based Subgrouping of eating Disorders in Adolescence: A Longitudinal Study. **Br J Psychiatry**, n. 170, p. 363-8, 1997.

VILELA, J.E.M. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos dos Transtornos Alimentares na Adolescência. In: Simpósio: **Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência**. Instituto Danone, p.161-176, 2000. Disponível em: <http://acd.ufrj.br/consumo/leituras/ld_danone_adolesobeso.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2010.

VILELA, J.E.M.; LAMOUNIER, Joel A.; DELLARETTI FILHO, Marcos A. et al. Transtornos alimentares em escolares. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.1, p.49-54, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000100010>. Acesso em: 13 mar. 2010.

VILELA, N.B.; CRUZ, T. O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.27, n.1/2, p.76-83, 2003. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/170.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2010.

VITOLLO, M.R.; BORTOLINI, G.A.; HORTA, R.L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria RS**, v.28, n.1, p.20-26, 2005. Disponível em: <http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/prevalencia_compulsao_alimentar_28_01_06.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2010.

WERMUTH, B. M. et al. Phenytoin treatment of the binge eating syndrome. **Am J Psychiatry**, n.11, p.1249-53, 1977.

WERUTSKY, C.A. **O efeito do Exercício Físico sobre os níveis de Depressão em Adultos Obesos**. 1999. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1999. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/2699>>. Acesso em: 04 mar. 2010.

WILFLEY, D.E. et al. Classification of Eating Disorders: Toward DSM-V. **International Journal of Eating Disorders**, vol.40, p.123–129, 2007.

WOODSIDE, D. B. et al. Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community. **The American Journal of Psychiatry**, v.158, n.4, p.570-574, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic [report of a WHO Consultation on Obesity]. Geneve, 1997.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Lista de cursos que fazem parte de cada bloco de estudo

1) - Ciências Sociais Aplicadas (Administração, Comunicação Social, Direito, Ciências Econômicas, Pedagogia e Serviço Social);

2) - Ciências da Saúde (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Medicina e Odontologia);

3) - Ciências Exatas (Arquitetura e Urbanismo, Artes, Ciências da Computação, Ciências Econômicas, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Estatística, Física, Química e Matemática);

4) - Ciências Humanas (Ciências Sociais, Filosofia, Geografia, História, Letras, Psicologia e Turismo);

5) - Bloco especial (participantes de qualquer curso que já tivessem iniciado, anteriormente, outro curso de graduação e/ou que tivessem idade igual ou maior que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou idade igual ou superior a 23 anos, no 7º período).

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas
(LAPPDA-UFJF)

Título do Projeto: Prevalência de compulsão alimentar, depressão e ansiedade entre os universitários de diferentes cursos de Juiz de Fora, Minas Gerais - 2008.

Coordenador do Projeto: Gilmara Cristina Jaques Chaves

Orientador: Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro

Declaro ter sido adequadamente esclarecido, a partir da leitura das informações que se seguem a respeito do Projeto de Pesquisa “Prevalência de Compulsão Alimentar, Depressão e Ansiedade em universitários de diferentes áreas de estudo”, do qual disponho-me a tomar parte como voluntário.

O projeto tem como objetivo: Investigar a prevalência de provável Transtorno de Compulsão Alimentar e a associação com Síndrome Depressiva, Síndrome Ansiosa, consumo de tabaco, álcool, drogas, medicamentos, percepção inadequada do peso, sexo e idade entre os estudantes que estiverem cursando o 1º e o 7º período dos cursos de graduação da universidade UFJF.

- Fui informado que, para participar desta pesquisa, terei que responder, de forma sigilosa, aos questionários autoaplicáveis, conforme me foi solicitado, nos quais serão feitas perguntas sobre meu comportamento alimentar, minha percepção sobre o meu peso, algumas variáveis sócio-demográficas e comportamentais, dentre outras.

- A realização deste projeto é importante para conseguir mais informações sobre Compulsão Alimentar, de modo que contribua para o trabalho clínico e preventivo realizado por profissionais da área de saúde.

- Sei que minha inclusão na amostra deste estudo se deu em função de meu ingresso em algum dos cursos de graduação na UFJF da cidade de Juiz de Fora.

- Encontro-me informado de que não se prevê qualquer ressarcimento ou privilégio — seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza — aos voluntários que participarem deste projeto.

- Da mesma forma, fui também informado de que minha participação envolve um risco mínimo e de que minha não-concordância em participar deste projeto não me acarretaria prejuízos de qualquer espécie.

- Estou ciente de que estão sendo tomadas todas as possíveis medidas de cuidado quanto à privacidade de todos aqueles que responderem ao questionário que se segue, bem como quanto à confidencialidade relativa aos questionários respondidos.

- Encontro-me também ciente de que poderei me recusar a responder a qualquer pergunta que porventura me cause algum constrangimento.

- Poderei entrar em contato com a responsável pelo estudo, Gilmara Cristina Jaques Chaves, sempre que julgar necessário, pelo e-mail: gilnutri@ig.com.br ou pelo telefone (32) 9957-1113.

- Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, situado na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Universitário, Cep 36.036-330 - Juiz de Fora – MG, telefone (32) 3229-3788, e-mail: cep.ufjf@gmail.com, para fazer reclamações e/ou solicitar esclarecimentos sobre ética em pesquisa.

- Este termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e a outra, com os pesquisadores responsáveis.

De posse destas informações, e sabedor de que uma das vias do Termo de Consentimento deve ser depositada na mesma urna, em separado do questionário respondido, consinto fazer parte deste projeto de pesquisa.

Nome do participante:

Curso: Data:/...../20....

Assinatura do participante:

Assinatura do coordenador:

Gilmara Cristina Jaques Chaves - RG: M 9113921

APÊNDICE C

Questionário de pesquisa



Laboratório de Pesquisas em Personalidade,
Álcool e Drogas (LAPPDA-UFJF)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Projeto: Prevalência de compulsão alimentar, depressão e ansiedade entre os universitários de diferentes cursos de Juiz de Fora, Minas Gerais - 2008

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

INSTRUÇÕES:

- 1- Por favor, leia e responda a cada questão de forma sincera e objetiva.
- 2- Para cada questão, assinale com um **X** apenas uma alternativa (exceto quando diferentemente explicitado, na própria questão) e/ou preencha os espaços em branco.
- 3- Caso não saiba ou não queira responder alguma questão, deixe-a em branco (isto é, sem resposta).

1) EM QUE CURSO VOCÊ ESTÁ MATRICULADO? _____

2) EM QUAL PERÍODO DO SEU CURSO VOCÊ ESTÁ? _____

3) SEXO: 1. () Masculino 2. () Feminino

4) QUAL SUA IDADE? _____ anos.

5) QUAL SEU PESO? _____ Kg.

6) QUAL SUA ALTURA: _____ metros.

7) QUAL A SUA IDADE QUANDO VOCÊ CONCLUIU O ENSINO MÉDIO? _____ ANOS DE IDADE.

14) VOCÊ PARTICIPA DE OUTRAS ATIVIDADES ESTUDANTIS QUE NÃO A FREQUÊNCIA ÀS ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DE SEU CURSO (AULAS/ESTÁGIOS)? (Pode-se assinalar mais de uma alternativa)

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| 1. () Não participo | 5. () Política estudantil |
| 2. () Pesquisa | 6. () Cursos extra-curriculares |
| 3. () Extensão | 7. () Outras. Qual (is)? _____ |
| 4. () Monitoria | _____ |

15) CONSIDERANDO TODAS AS SUAS ATIVIDADES, QUANTAS HORAS, EM MÉDIA, VOCÊ DEDICA, POR SEMANA, A SUA VIDA ESTUDANTIL (CONSIDERAR INCLUSIVE AS HORAS DE AULA NA UFJF, AS DEDICADAS A TRABALHOS E ESTUDOS EM CASA, AS DEDICADAS A DA/CA, DCE, LÍNGUAS, PESQUISAS, ATIVIDADES EXTRA-CURRICULARES, ETC...) _____ horas por semana.

16) NUMA ESCALA DE 0 A 10 PONTOS, QUE NOTA VOCÊ DARIA A SEU DESEMPENHO COMO ALUNO? _____ pontos

17) VOCÊ ATUALMENTE SEGUE OU SE IDENTIFICA COM ALGUMA RELIGIÃO?

- | | |
|--|--|
| 1. () Não tem religião | 5. () Espiritismo/Kardecismo |
| 2. () Religião Católica | |
| 3. () Uma das Religiões Protestantes (Evangélicas) Tradicionais | 6. () Esotéricas (Rosa Cruz, Seicho-No-Iê, Eubiose, Logosofia, Ocultismo, Maçonaria, etc...) |
| 4. () Uma das Religiões Evangélicas: Petencostais/Neopentecostais | 7. () Outra religião. Qual? _____ |

18) COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ PARTICIPA DE CULTOS OU RITOS DESTA RELIGIÃO?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 1. () Não tenho religião | 5. () 1 vez por semana |
| 2. () Não participo de forma regular | 6. () 01 a 03 dias no mês |
| 3. () Todos os dias | 7. () Algumas vezes por ano |
| 4. () 02 a 06 vezes por semana | |

19) NA EVENTUALIDADE DE VOCÊ TER UM PROBLEMA PESSOAL MAIS SÉRIO, A QUEM VOCÊ PROCURARIA EM PRIMEIRO LUGAR? (ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. () Cônjuge/Companheiro(a) | 7. () Profissionais especializados |
| 2. () Pai | 8. () Líder religioso (padre, pastor etc) |
| 3. () Mãe | 9. () Livros e/ou artigos científicos |
| 4. () Outros familiares | 10. () Ninguém |
| 5. () Amigos/colegas | 11. () Outros. Especifique _____ |
| 6. () Professor | |

20) QUE IDADE VOCÊ TINHA QUANDO VOCÊ TEVE SUA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL?

1. () Nunca tive uma relação sexual

2. () Com _____ anos de idade
 3. () Já tive relação sexual mas não me lembro com que idade
 4. () Não sei

21) COM RELAÇÃO A SEU TEMPO DE LAZER, A QUE ATIVIDADE VOCÊ DEDICA MAIS TEMPO? (ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|---|--|
| 1. () Ficar/sair com o companheiro(a) | 13. () Frequentar bares |
| 2. () Ir à Igreja ou serviço religioso | 14. () Ler livros de sua área de formação |
| 3. () Frequentar clubes | 15. () Frequentar congressos/cursos/reuniões acadêmicas |
| 4. () Estar/Sair com amigos só do mesmo sexo | 16. () Ler outros livros |
| 5. () Estar/Sair com amigos sexo oposto | 17. () Ler jornais, revistas |
| 6. () Estar/Sair com amigos de ambos os sexos | 18. () Viajar |
| 7. () Frequentar casa de amigos | 19. () Trabalhar em um “hobby”. Qual? _____ |
| 8. () Praticar esportes | 20. () Jogos de mesa (sinuca, baralho, xadrez, etc) |
| 9. () Assistir a televisão | 21. () Usar o computador |
| 10. () Estar/Sair com a família | 22. () Dormir |
| 11. () Ir ao shopping | 23. () Outro. Qual? _____ |
| 12. () Ir ao cinema | |

22) VOCÊ JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA PLÁSTICA?

1. () Não 2. () Sim. Neste caso, em que parte(s) do seu corpo?
-

23) VOCÊ TEM VONTADE FAZER CIRURGIA PLÁSTICA?

1. () Não 2. () Sim Neste caso, em que parte(s) do seu corpo?
-

24) DE QUE PARTE DE SEU CORPO VOCÊ MAIS GOSTA?

25) DE QUE PARTE DE SEU CORPO VOCÊ MENOS GOSTA?

26) VOCÊ FAZ OU JÁ FEZ TRATAMENTO PARA ALGUMA DOENÇA CRÔNICA (PROLONGADA):

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

Em caso afirmativo, indique qual(is) doença(s):

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. () Diabetes Mellitus | 2. () Hipertensão Arterial |
| 3. () Doença Renal | 4. () Doença da Tireóide |
| 5. () Aids | 6. () Doença Psiquiátrica |
| 7. () Obesidade | 8. () Doença Reumática |
| 9. () Nenhuma | 10. () Outra: _____ |

27) VOCÊ ATUALMENTE FAZ USO CONSTANTE DE ALGUMA MEDICAÇÃO:

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

Em caso afirmativo, escreva qual(is):

| | |
|----|----|
| 1) | 2) |
| 3) | 4) |
| 5) | 6) |

28) DE QUE SEXO SÃO AS PESSOAS COM AS QUAIS VOCÊ MANTEVE RELAÇÕES SEXUAIS?

1. () Apenas do sexo feminino. 3. () Pessoas de ambos os sexos.
2. () Apenas do sexo masculino. 4. () Nunca tive relação sexual.

29) QUANDO VOCÊ TEM UMA RELAÇÃO SEXUAL, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ USA ALGUM MÉTODO PARA PREVENIR DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (CAMISINHA)?

1. () Nunca tive uma relação sexual. 3. () Às vezes uso método de prevenção.
2. () Nunca uso método de prevenção. 4. () Sempre uso método de prevenção.

30) ATENÇÃO: NO BLOCO QUE SE SEGUE, AS QUESTÕES SE REFEREM A SEU USO PESSOAL DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

A) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICA?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

a.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESTE PRIMEIRO USO DE BEBIDA ALCÓOLICA?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

a.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICA?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

a. 3) QUAL O SEU CONSUMO MÉDIO, POR SEMANA, DE BEBIDAS ALCÓOLICAS.

_____ latas/garrafinhas/tulipas de cerveja/chopp
_____ taças de vinho

_____ doses de destilados/absinto

a.4) AINDA COM RELAÇÃO A SEU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS:

a.4.1) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida habitualmente consumida, ou parar de beber?

1. () Nunca usei bebidas alcoólicas 2. () Não 3. () Sim

a.4.2) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?

1. () Nunca usei bebidas alcoólicas 2. () Não 3. () Sim

a.4.3) Você se sente culpado(a) chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?

1. () Nunca usei bebidas alcoólicas 2. () Não 3. () Sim

a.4.4) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

1. () Nunca usei bebidas alcoólicas 2. () Não 3. () Sim

B) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ JÁ FEZ USO DE CIGARRO, CACHIMBO OU CHARUTO?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

b.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

b.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE CIGARRO, CACHIMBO OU CHARUTO?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

b.3) QUAL O SEU CONSUMO MÉDIO, POR DIA, DE CIGARRO, CACHIMBO OU CHARUTO?

_____ cigarros _____ cachimbos _____ charutos

C) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE MACONHA?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

c.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

c.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE MACONHA?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

D) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE COCAÍNA?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

d.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

d.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE COCAÍNA?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

d.3) SUA VIA DE UTILIZAÇÃO DE COCAÍNA É/FOI:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. () Nunca fiz uso | 4. () Igualmente injetada e inalada |
| 2. () Exclusivamente injetada | 5. () Mais freqüentemente inalada |
| 3. () Mais freqüentemente injetada | 6. () Exclusivamente inalada |

E) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE CRACK?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

e.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

e.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE CRACK?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

F) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE ECSTASY?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

f.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

f.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE ECSTASY?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

G) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE ESTIMULANTES DO TIPO ANFETAMINA (Bolinhas, Rebites, Remédios para tirar o sono ou o apetite etc...)?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

g.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

g.2) COM QUE FINALIDADE VOCÊ UTILIZOU/UTILIZA ANFETAMÍNICOS?

- | | |
|--|---|
| 1. () Nunca utilizei | 4. () Igualmente para emagrecer e ficar acordado |
| 2. () Exclusivamente para ficar acordado | 5. () Mais freqüentemente para emagrecer |
| 3. () Mais freqüentemente para ficar acordado | 6. () Exclusivamente para emagrecer |

H) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE BENZODIAZEPÍNICOS (Ansiolíticos, Antidistônicos, tranqüilizantes tais como Valium, Diazepan, Lexotan, Somalium, Olcadil, Rohypnol, Dalmadorm, Rivotril, , etc...)?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

h.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

h.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE BENZODIAZEPÍNICOS?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

h.3) COM QUE FINALIDADE VOCÊ UTILIZOU/UTILIZA BENZODIAZEPÍNICOS?

- | | |
|--|---|
| 1. () Nunca utilizei | 4. () Igualmente por prescrição médica e automedicação |
| 2. () Exclusivamente por prescrição médica | 5. () Mais freqüentemente por auto- medicação |
| 3. () Mais freqüentemente por prescrição médica | 6. () Exclusivamente por auto – medicação |

I) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE SOLVENTES/INALANTES (Lança Perfume, Loló, Éter, Cola, Gasolina, Benzina, Acetona, Thiner, Água Raz)?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

i.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

i.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE SOLVENTES/INALANTES?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

J) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE LSD (ÁCIDO), CHÁ DE COGUMELO, MESCALINA, CHÁ DE LÍRIO?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

j.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

j.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE LSD (ÁCIDO), CHÁ DE COGUMELO, MESCALINA, CHÁ DE LÍRIO?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

K) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE ALGUM REMÉDIO PARA AUMENTAR A MASSA MUSCULAR E/OU A POTÊNCIA SEXUAL (ANABOLIZANTE, "BOMBA": Anabolex, Androlone, Androxon, Deca-durabolin, Durabolin, Durateston, Testonus, Tesurene, Yomax, etc)?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

k.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

k.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE ALGUMA DELAS?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

L) ALGUMA VEZ, EM SUA VIDA, VOCÊ FEZ USO DE CARPINOL, HOLOTEN OU MEDAVANTE?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

l.1) COM QUE IDADE ACONTECEU ESSE PRIMEIRO USO?

1. () Nunca usei 2. () Com _____ anos 3. () Não sei

l.2) NOS ÚLTIMOS TRINTA DIAS, VOCÊ FEZ USO DE ALGUMA DELAS?

1. () Não 2. () Sim 3. () Não sei

31) QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO QUE O/A LEVOU, PELA PRIMEIRA VEZ, A FAZER USO DE ÁLCOOL E/OU TABACO? (ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|---|---|
| 1. () Nunca fiz uso de álcool e/ou tabaco | 9. () Tratamento de problemas de saúde |
| 2. () Prática religiosa | 10. () Alívio da tensão psicológica |
| 3. () Por curiosidade | 11. () Alívio do cansaço, fome, frio |
| 4. () Diversão ou prazer | 12. () Alívio de sono |
| 5. () Porque meu(s) amigo(s)/namorado(a) usa (ou usavam) | 13. () Auxiliar o desempenho nos estudos e/ou profissional |
| 6. () Cônjuge usa (ou usava) | 14. () Não sei |
| 7. () Para aumentar desempenho sexual | 15. () Outro(s). Qual(is): _____ |
| 8. () Para me relacionar melhor com outras pessoas | |

32) VOCÊ ACHA QUE SUA VIDA SE MODIFICOU DE FORMA SIGNIFICATIVA DEVIDO AO USO DE ÁLCOOL E/OU O TABACO? (ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 1. () Nunca fiz uso | 4. () Não se modificou |
| 2. () Sim, melhorou | 5. () Não sei |
| 3. () Sim, piorou | |

33) QUAL FOI O PRINCIPAL MOTIVO QUE O/A LEVOU, PELA PRIMEIRA VEZ, A FAZER USO DE OUTRA SUBSTÂNCIA PSICOATIVA QUE NÃO O ÁLCOOL E/OU O TABACO? (ASSINALE APENAS UMA OPÇÃO)

- | | |
|---|---|
| 1. () Nunca fiz uso de outra substância psicoativa | 9. () Tratamento de problemas de saúde |
| 2. () Prática religiosa | 10. () Alívio da tensão psicológica |
| 3. () Por curiosidade | 11. () Alívio do cansaço, fome, frio |
| 4. () Diversão ou prazer | 12. () Alívio de sono |
| 5. () Porque meu(s) amigo(s)/namorado(a) usa (ou usavam) | 13. () Auxiliar o desempenho nos estudos e/ou profissional |
| 6. () Cônjuge usa (ou usava) | 14. () Não sei |
| 7. () Para aumentar desempenho sexual | 15. () Outro(s).Qual(is) _____ |
| 8. () Para me relacionar melhor com outras pessoas | |

34) Este quadro contém 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque um X em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você está se sentindo na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um X em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

| | |
|---|---|
| 1 | 0 () Não me sinto triste. 1 () Eu me sinto triste. 2 () Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 () Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. |
|---|---|

| | |
|----|--|
| 2 | <p>0 () Não estou especialmente desanimado ao futuro.</p> <p>1 () Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 () Acho que nada tenho à esperar.</p> <p>3 () Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> |
| 3 | <p>0 () Não me sinto um fracasso.</p> <p>1 () Acho que fracassei mais que uma pessoa comum.</p> <p>2 () Quando olho para trás, em minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p> <p>3 () Acho que, como uma pessoa, sou um completo fracasso.</p> |
| 4 | <p>0 () Tenho prazer em tudo como antes.</p> <p>1 () Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 () Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 () Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> |
| 5 | <p>0 () Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 () Eu me sinto culpado grande parte do meu tempo.</p> <p>2 () Eu me sinto culpado na maior parte do meu tempo.</p> <p>3 () Eu me sinto sempre culpado.</p> |
| 6 | <p>0 () Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>1 () Acho que posso ser punido.</p> <p>2 () Creio que vou ser punido .</p> <p>3 () Acho que estou sendo punido.</p> |
| 7 | <p>0 () Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 () Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 () Estou enjoado de mim.</p> <p>3 () Eu me odeio.</p> |
| 8 | <p>0 () Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>1 () Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 () Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>3 () Eu me culpo por tudo de mal que me acontece.</p> |
| 9 | <p>0 () Não tenho quaisquer idéias de me matar.</p> <p>1 () Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>2 () Gostaria de me matar.</p> <p>3 () Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> |
| 10 | <p>0 () Não choro mais que o habitual.</p> <p>1 () Choro mais agora do que costumava.</p> <p>2 () Agora, choro o tempo todo.</p> <p>3 () Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.</p> |
| 11 | <p>0 () Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 () Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 () Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>3 () Não me irrita mais com coisas que acostumavam me irritar.</p> |

| | |
|----|--|
| 12 | <p>0 () Não perdi o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>1 () Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p> <p>2 () Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>3 () Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> |
| 13 | <p>0 () Tomo decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 () Adio as tomadas de decisões mais que costumava.</p> <p>2 () Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.</p> <p>3 () Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> |
| 14 | <p>0 () Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 () Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 () Acho que há mudanças permanentes em minha vida.</p> <p>3 () Acredito que pareço feio.</p> |
| 15 | <p>0 () Posso trabalhar tão bem quanto antes .</p> <p>1 () É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 () Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa .</p> <p>3 () Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> |
| 16 | <p>0 () Consigo dormir tão bem quanto o habitual.</p> <p>1 () Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 () Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 () Acordo várias horas mais cedo do que acostumava e não consigo voltar a dormir.</p> |
| 17 | <p>0 () Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 () Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 () Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 () Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> |
| 18 | <p>0 () O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 () Meu apetite não está tão bom como costumava ser.</p> <p>2 () Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 () Absolutamente não tenho mais apetite.</p> |
| 19 | <p>0 () Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 () Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 () Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 () Perdi mais do que 7 quilos.</p> |
| 20 | <p>0 () Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 () Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 () Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 () Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer coisa.</p> |
| 21 | <p>0 () Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 () Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 () Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 () Perdi completamente o interesse por sexo.</p> |

35) Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar:

| | |
|---|--|
| 1 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.</p> |
| 2 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.</p> |
| 3 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.</p> |
| 4 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito de regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.</p> |
| 5 | <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.</p> |
| 6 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> |

| | |
|----|--|
| | <p><input type="checkbox"/> 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> |
| 7 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".</p> |
| 8 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado.</p> |
| 9 | <p><input type="checkbox"/> 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".</p> |
| 10 | <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.</p> |
| 11 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.</p> |
| 12 | <p><input type="checkbox"/> 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).</p> |

| | |
|----|--|
| | <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.</p> |
| 13 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lanchinho entre as refeições.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.</p> |
| 14 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.</p> |
| 15 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não penso muito sobre comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.</p> |
| 16 | <p><input type="checkbox"/> 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.</p> |

36) Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

| | | |
|--------------|-------------------|-------------------------|
| 1. Nunca | 3. Às vezes | 5. Muito frequentemente |
| 2. Raramente | 4. Frequentemente | 6. Sempre |

Relação as últimas quatro semanas

| | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sentir-se entediada (o) faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | Você tem estado tão preocupada (o) com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 | Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 | Estar com mulheres (homens) magras (os) faz você se sentir preocupada (o) em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Você já se sentiu gorda (o), mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Você tem reparado no físico de outras (os) mulheres (homens) e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | Estar nu (a), por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gordo(a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda (o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Você se sente excessivamente grande e arredondada (o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Você já teve vergonha do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | Você acha injusto que as (os) outras (os) mulheres (homens) sejam mais magras (os) que você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | Você já vomitou para se sentir mais magra (o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | Quando acompanhada (o), você fica preocupada (o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Você toma laxantes para se sentir magra(o)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

37) No quadro a seguir está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma:

| | | Absolutamente não | Levemente não me incomodou muito | Moderadamente foi muito desagradável mas pude suportar | Gravemente dificilmente pude suportar |
|---|------------------------------------|-------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| 1 | Dormência ou formigamento | | | | |
| 2 | Sensação de calor | | | | |
| 3 | Tremores nas pernas | | | | |
| 4 | Incapacidade de relaxar | | | | |
| 5 | Medo que aconteça o pior | | | | |
| 6 | Atordoado ou tonto | | | | |
| 7 | Palpitação e aceleração do coração | | | | |

| | | | | | |
|----|--------------------------------------|--|--|--|--|
| 8 | Sem equilíbrio | | | | |
| 9 | Aterrorizado | | | | |
| 10 | Nervoso | | | | |
| 11 | Sensação de sufocação | | | | |
| 12 | Tremores nas mãos | | | | |
| 13 | Trêmulo | | | | |
| 14 | Medo de perder controle | | | | |
| 15 | Dificuldade de respirar | | | | |
| 16 | Medo de morrer | | | | |
| 17 | Assustado | | | | |
| 18 | Indigestão ou desconforto no abdômen | | | | |
| 19 | Sensação de desmaio | | | | |
| 20 | Rosto fogueado | | | | |
| 21 | Suor (não devido a calor) | | | | |

38) VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA FELIZ?

- | | | |
|------------------|--|-----------------------|
| 1. () Nunca | | 3. () Frequentemente |
| 2. () Raramente | | 4. () Sempre |

**OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO.
DEPOSITE AGORA O QUESTIONÁRIO NA URNA LACRADA, EM SEPARADO DO TERMO DE CONSENTIMENTO.**

Coordenadora do Projeto: Gilmara Cristina Jaques Chaves
Telefones de contato da Coordenadora: (32) 9957-1113
Orientador do Projeto: Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro
Telefones de contato do Orientador: (32) 3229-3829
Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: (32) 3229-3788

SE DESEJAR, USE O ESPAÇO ABAIXO PARA COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES.

APÊNDICE D

ARTIGO

Prevalência de Compulsão Alimentar Periódica entre universitários da Universidade Federal de Juiz de Fora e variáveis associadas

Prevalence of Binge Eating Disorder among college students at the Federal University of Juiz de Fora and associated variables

AUTORES

Gilmara Cristina Jaques Chaves, Mário Sérgio Ribeiro, Luiz Cláudio Ribeiro.

RESUMO

O objetivo deste trabalho exploratório foi investigar a prevalência de Compulsão alimentar periódica e, possíveis associações a variáveis estudantis, demográficas, sociais, comportamentais, bem como resultados de rastreamento para Depressão, Ansiedade e Insatisfação com a imagem corporal entre 1.590 universitários. Foram efetivadas análises exploratórias, bivariadas e, para caracterizar o peso relativo das variáveis estudadas sobre o desfecho, utilizou-se a regressão logística. Quatro variáveis — Insatisfação com a imagem corporal, Depressão, Índice de Massa Corporal e Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica — mantiveram-se associadas positivamente a maior risco de Compulsão alimentar periódica. As Razões de Chance variaram de 2,7 para os universitários que já haviam utilizado ao menos um tipo de psicoativo de prescrição médica e de 21,5 vezes para aqueles com insatisfação com a imagem corporal.

Transtorno da Compulsão Alimentar; Obesidade; Psicoativos; Depressão

The objective of this exploratory study was to investigate the prevalence of Binge Eating Disorder and its possible association to variables related to student life style, demographic, social and behavioral data as well as to tracked results for Depression, Anxiety and Body image dissatisfaction among 1.590 college students. Exploratory bivariate analyses were executed and in order to characterize the relative weight of the studied variables in the outcome of the study, logistic regression analysis was used. All four studied variables, Body image dissatisfaction, Depression, Body Mass Index and use of a Psychoactive usually obtained through a doctor's prescription, maintained positive association with a higher risk for Binge Eating Disorder. The odds ratio ranged from 2.7 for students who had used at least one type of prescription psychoactive to 21.5 times for the ones with Body image dissatisfaction.

Binge Eating Disorder; Obesity; Psychoactive; Depression

1 - Introdução

Os Transtornos Alimentares (TA) caracterizam-se por severas alterações comportamentais ligadas à ingestão de alimentos, fortemente relacionadas ao peso, imagem e forma corporais ^{1, 2, 3, 4}. Dentre os TA, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é uma categoria proposta no apêndice B do DSM-IV ⁵, caracterizando-se por um excesso alimentar associado à perda de controle e sem a utilização de métodos inapropriados para manutenção do peso corporal — como a indução de vômitos, uso de laxantes etc. ^{6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}. Os critérios diagnósticos de TCAP incluem ainda outras características clínicas: ingestão de grande quantidade de alimentos mesmo quando não se está com fome; comer sozinho em razão do embaraço pela quantidade consumida; sentir repulsa, culpa ou intensa tristeza após comer demais.

Grande parte dos pacientes com TCAP são obesos ^{1, 8, 9} e muitos apresentam acentuada história de flutuações de peso ¹³. O estresse seria um dos principais fatores ligados ao aumento da compulsão alimentar e, conseqüentemente, ao ganho de peso ^{14, 15, 16, 17}. Diversos autores ^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24} referem que, em geral, os comedores compulsivos apresentam pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, maior número de tentativas malsucedidas de adesão a dietas, maior dificuldade para perder peso, pior manutenção do peso desejável e maior taxa de abandono dos tratamentos que os demais obesos.

Azevedo et al. ⁹, Fontenelle et al. ¹¹, Espíndola e Blay ²⁵, Duchesne et al. ²⁶, Laessle e Schulz ¹⁶ discutem, ainda, que indivíduos com TCAP apresentam elevados índices de perfeccionismo, impulsividade, autodesprezo, isolamento social e pensamentos dicotômicos (do tipo “tudo ou nada”). Tais indivíduos, conforme evidenciado por Mattos et al. ²⁰, Coletty e Assumpção Júnior ²⁷, Fairburn et al. ²⁸ e discutido por Araújo et al. ²⁹, são mais vulneráveis aos quadros depressivos e ansiosos. Além de abusarem mais de psicoativos ^{30, 31, 32}, possuem pior qualidade de vida ³³, apresentam extrema preocupação e insatisfação com a forma corporal ^{20, 34} e maior susceptibilidade a vários problemas decorrentes da obesidade: diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, certos tipos de câncer, distúrbios respiratórios e músculo-esqueléticos ^{35, 36, 37}.

Considerando as diversas comorbidades relacionadas ao comer compulsivo, o objetivo deste trabalho exploratório foi investigar a prevalência de Compulsão Alimentar Periódica, bem como verificar sua possível associação a variáveis estudantis, demográficas, sociais e comportamentais, bem como a resultados de rastreamento para Depressão, Ansiedade e Insatisfação com a imagem corporal.

2 - Metodologia

Este estudo de corte transversal foi realizado no primeiro semestre do ano de 2008 com alunos do primeiro e sétimo períodos de todos os cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Antes de se iniciar a aplicação do questionário, foi solicitada a colaboração de diretores e/ou coordenadores e professores dos cursos, bem como de outras instâncias acadêmicas para a realização da pesquisa.

Definidas as turmas e horários para aplicação do questionário — sempre se objetivando o contato em disciplinas de maior frequência em cada curso — a pesquisa foi apresentada, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido explicado e posteriormente assinado por aqueles que se propuseram a colaborar com a mesma, de forma anônima e sigilosa.

Estabeleceu-se que, caso a meta mínima de 70% de aplicações em cada turma não fosse atingida, um professor de outra disciplina seria procurado e o processo repetido; neste caso, somente para os alunos que ainda não haviam respondido ao questionário.

2.1 - Instrumento de investigação

O instrumento da investigação foi um questionário semiestruturado, autoaplicável, anônimo e sigiloso que incluía diversas áreas — estudantis, demográficas, sociais, pessoais, relativas à sexualidade, comportamentais ligadas ao uso de psicoativos (quantidade, frequência, idade do primeiro uso e modo de administração), estéticas, de tratamento médico, massa corporal, bem como escalas de rastreamento de Compulsão Alimentar, Depressão, Ansiedade e Insatisfação corporal.

2.1.1 - Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

A ECAP é composta por 16 itens e 62 afirmativas. Ao responder a essa escala, o indivíduo deve, a cada item proposto, selecionar a afirmativa que melhor descreve o modo como se sente em relação aos problemas que vivencia para controlar seu comportamento alimentar. Cada afirmativa reflete-se num número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (“0”) até a gravidade máxima (“3”) de aspectos afetivos e comportamentais associados à compulsão alimentar periódica (CAP). Segundo Freitas et al.⁷, o ponto de corte utilizado para rastreamento de CAP em estudos com população não-clínica — isto é, com

indivíduos sem diagnóstico prévio — é 17: assim, consideram-se pontuações até 17 pontos, como “ausência de compulsão alimentar periódica” e, acima de 17 pontos, como “presença de compulsão alimentar periódica”.

2.1.2 - Inventário Beck para Depressão (BDI)

O BDI é composto de 21 itens. Cada item proposto apresenta quatro alternativas de respostas que são graduadas, de acordo com o grau de intensidade dos sintomas em pontuações que variam de 0 até 3: “0” correspondente a neutro, “1” correspondente a leve, “2” a moderado e “3” a severo. Na correção, se o indivíduo tiver registrado mais de uma opção, deve-se pontuar sempre a maior. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total que varia de 0 a 63 pontos. O ponto de corte utilizado para rastreamento de depressão em estudos com população não-clínica — isto é, com indivíduos sem diagnóstico prévio de depressão maior — é 20: assim, consideram-se pontuações até 20 pontos, como “ausência de depressão” e, acima de 20 pontos, como “presença de depressão”³⁸.

2.1.3 - Inventário Beck para Ansiedade (BAI)

O inventário é composto de 21 itens e quatro alternativas de respostas graduadas de 0 até 3, também correspondendo ao grau de intensidade dos sintomas: 0 corresponde a “ausente”; 1, a “suave, não me incomoda muito”; 2, a “moderado, é desagradável, mas consigo suportar” e 3, a “severo, quase não consigo suportar”. No entanto se o participante escolher mais de uma resposta, deve-se também registrar a de maior intensidade. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total que varia de 0 a 63 pontos. Conforme apresentado no manual de aplicação do instrumento, ao se avaliar amostras não-clínicas, um escore total de escore de 20 pontos é considerado como indicativo da existência de ansiedade clinicamente significativa³⁸.

2.1.4 - Body Shape Questionnaire (BSQ)

O instrumento é uma escala Likert com 34 itens e seis opções de respostas — “1” correspondente a nunca; “2”, a raramente; “3”, a às vezes; “4”, a frequentemente; “5”, a muito frequente; e “6”, a sempre — cada uma das quais é computada com a mesma pontuação. A soma dos pontos obtidos pode variar de 34 até 204. Ao se avaliar amostras não-clínicas,

resultado superior a 110 pontos é considerado como indicativo da existência de distorção da imagem clinicamente significativa³⁹.

2.1.5 - Questionário sócio-demográfico e comportamental

Adaptado de instrumentos utilizados em estudos anteriores do grupo de pesquisa^{40, 41}, este questionário inclui variáveis estudantis, demográficas, sociais, pessoais, relativas à sexualidade, ao uso de psicoativos (quantidade, frequência, idade do primeiro uso, modo de administração e CAGE), estéticas, de tratamento médico, bem como o Índice de Massa Corporal (IMC).

2.2 - Análise Estatística

Após a exclusão preliminar de questionários com erros de coerência interna por parte dos respondentes — tal como responder “Não usei” uma substância e, em seguida, explicitar um padrão de uso dessa substância, bem como utilizar padrão de resposta incompatível com a pergunta formulada, ou ainda indicar o uso de substância inexistente — o banco de dados de trabalho foi submetido a análises estatísticas por meio do software SPSS 14.0 (número de série 9656438). Foram efetivadas análises exploratórias, análises bivariadas e, finalmente, para caracterizar o peso relativo das demais variáveis estudadas sobre a prevalência de CAP no grupo de sujeitos aqui estudado, utilizou-se a regressão logística.

2.2.1 - Análise Descritiva e Exploratória dos dados

Para efeito das comparações realizadas, os estudantes foram agrupados em 5 blocos, de acordo com áreas cursadas: 1– Ciências Sociais Aplicadas (CSA); 2– Ciências da Saúde (CS); 3– Ciências Exatas (CE); 4– Ciências Humanas (CH); e 5– Bloco Especial. Este último englobou os participantes de qualquer curso que já tivessem iniciado anteriormente outro curso de graduação e/ou que tivessem idade igual ou maior que 20 anos, para as turmas de primeiro período, ou idade igual ou superior a 23 anos, no sétimo período. A separação destes participantes em um bloco especial se deveu ao fato de que tanto a idade quanto o contato prévio com o ambiente universitário poderiam enviesar os resultados.

Algumas questões com respostas numéricas foram recodificadas como variáveis categoriais binárias, acima e abaixo da mediana de todo o grupo. São elas: “Horas diárias de

dedicação à vida estudantil”, “Idade mencionada”, “Idade que teve a primeira relação sexual”. As alternativas propostas de respostas sobre as variáveis relativas ao consumo médio por semana de bebidas alcoólicas, bem como aquelas ligadas ao consumo médio por dia de tabaco foram somadas e posteriormente recodificadas como acima e abaixo da mediana obtida. Já a nota atribuída ao próprio desempenho escolar foi categorizada em dois grupos: Até 5,9 pontos e 6 pontos ou mais.

As respostas relativas à idade em que o aluno concluiu o ensino médio foram categorizadas em: Até 20 anos e com 21 anos ou mais. A idade do primeiro uso psicoativos foi agrupada em três categorias de respostas: Até aos 15 anos, 16 e 17 anos e 18 anos ou mais. As variáveis “Principal via de utilização de cocaína”, “Finalidade de utilização de anfetamínicos”, “Finalidade de utilização de benzodiazepínicos”, “Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez álcool e/ou tabaco”, “Mudança ocorrida em sua vida após utilizar álcool e/ou tabaco” e “Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez os demais psicoativos” foram avaliadas com a exclusão dos sujeitos que registraram a alternativa “Nunca utilizei” nas perguntas relativas ao uso destas substâncias. Pelo mesmo critério, os sujeitos que referiram “Não tenho religião” ou “Nunca tive relação sexual” foram eliminados das análises das seguintes questões: “Frequência de participação em cultos ou ritos religiosos” e “Utilização de algum método para prevenir DST’s”.

As questões relativas à estética: “Que parte do corpo foi submetida à cirurgia plástica”, “Em que parte quer realizar cirurgia plástica”, “Parte do corpo de que mais gosta” e “Parte do corpo de que menos gosta” foram categorizadas a partir da identificação das três alternativas mais frequentemente respondidas. As demais opções de resposta foram incluídas na categoria “Outras”.

2.2.2 - Análise Bivariada

Para a realização da análise bivariada, algumas variáveis independentes foram reagrupadas, de acordo com os seguintes critérios: 1) se uma das categorias presentes no questionário atingia ao menos 50% de respostas, as demais eram agrupadas como “Outras”; 2) no caso de nenhuma das categorias originárias ter atingido 50% das respostas, categorias com proximidade logicamente justificável eram agrupadas até ultrapassar a metade dos casos; e 3) na eventualidade de haver grande número de respostas que não permitiam uma lógica imediata para o somatório, optou-se por manter um número maior de categorias originárias,

agrupando-se apenas as respostas assinaladas por um baixo percentual dos respondentes. Os parágrafos seguintes explicitam todos os reagrupamentos efetuados.

Quanto à possível participação em outras atividades estudantis, além das obrigatórias de cada curso, os universitários foram redistribuídos em: 1) Não participa; e 2) Participa. O estado civil dos participantes foi analisado nas categorias: 1) Solteiro; e 2) Outros. As categorias de respostas à questão “Com quem mora” foram distribuídas em: 1) Pais; e 2) Outros. A situação ocupacional atual foi discriminada em: 1) Somente estudantes; e 2) Outros. Os participantes foram classificados, de acordo com sua renda pessoal, em: 1) Não ter renda; e 2) Ter renda; e, quanto à renda familiar, em: 1) Até 10 Salários Mínimos; e 2) 11 ou mais Salários Mínimos.

O quesito relativo a professar alguma religião foi duplamente categorizado: num caso, utilizou-se a dicotomia 1) Não ter religião; e 2) Ter religião; e, no outro, com a exclusão dos que referiram não professar uma religião, o agrupamento foi de 1) Católicos; e 2) Demais religiões. Para a frequência de participação em cultos religiosos, as respostas foram recategorizadas em: 1) Maior frequência, compreendendo as opções de resposta “Todos os dias”, “02 a 06 vezes por semana” e “01 vez por semana”; e 2) Menor frequência, compreendendo as respostas “Não participa de forma regular”, “Algumas vezes por ano” e “01 a 03 dias no mês”.

As opções relativas à questão “Quem procura na eventualidade de um problema pessoal” foram reagrupadas em: 1) Mãe; e 2) Outros. Para a questão “Atividade de lazer a que se dedica mais tempo”, as respostas foram mantidas entre as três categorias com maior percentual de respostas: 1) “Ficar ou sair com cônjuge e/ou companheiro”; 2) “Estar ou sair com amigos de ambos os sexos”; 3) “Usar o computador”; e as demais agrupadas como 4) “Outras”. Quanto ao sentimento de felicidade, os universitários foram redistribuídos em: 1) “Nunca ou raramente felizes”; e 2) “Frequentemente ou sempre felizes”. As respostas relativas à opção sexual foram reagrupadas em: 1) Heterossexual e 2) Outras.

As variáveis “Finalidade de utilização de anfetamínicos”, “Finalidade de utilização de benzodiazepínicos”, “Motivo que o levou a utilizar pela 1ª vez álcool e/ou tabaco”, “Motivo que o levou a utilizar pela 1ª vez os demais psicoativos descritos no questionário”, “Mudança ocorrida em sua vida após utilizar álcool e/ou tabaco” foram recategorizadas, respectivamente, em: 1) “Exclusivamente para ficar acordado” e 2) “Outras”; 1) “Exclusivamente por prescrição médica” e 2) “Outras”; 1) “Diversão ou prazer” e 2) “Outras”; 1) “Por curiosidade” e 2) “Outras”; 1) “Não se modificou” e 2) “Outras”.

Os psicoativos foram agrupados em três grupos distintos — 1) “Psicoativos de uso lícito (bebidas alcoólicas e tabaco)”, 2) “De uso ilícito (maconha, cocaína, crack, ecstasy, solventes e LSD)” e 3) “Habitualmente utilizados sob prescrição médica (estimulantes do tipo anfetaminas, benzodiazepínicos, medicamentos que aumentam a massa muscular ou potência sexual)” — e avaliados em 2 categorias: “Nunca usou”, “Usou ao menos um tipo”. Para avaliar a idade do primeiro uso das substâncias, os participantes foram agregados em três faixas etárias: 1) “Até 15 anos de idade” (compreende participantes que apresentaram a idade do primeiro uso, de pelo menos um psicoativo, com até pelo menos 15 anos de idade), 2) “16 e 17 anos de idade” (participantes que apresentaram a idade do primeiro uso de qualquer das substâncias aos 16 ou 17 anos), 3) “18 ou mais anos de idade” (participantes que utilizaram ao menos uma de tais substâncias somente a partir dos 18 anos).

A significância estatística foi verificada pelo Teste do Qui-quadrado de Pearson, considerando-se significantes valores de $p \leq 0,05$.

2.2.3 - Regressão Logística

Na constituição dos modelos de regressão logística, foram seguidos os seguintes procedimentos:

- 8º- Inicialmente, as análises bivariadas entre as variáveis de desfecho e as demais variáveis foram utilizadas para confirmar as correlações estatisticamente significantes.
- 9º- Somente foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram resultados estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$) nas análises bivariadas.
- 10º- As variáveis com 30% ou mais de não-respostas (*missing*) não foram incluídas nos modelos.
- 11º- O “IMC” foi categorizado em duas classes: “Abaixo do peso ou peso normal” e “Acima do peso”.
- 12º- A ordem de entrada de cada variável utilizada no modelo levou em consideração evidências empíricas acerca do peso de sua influência sobre a variável de desfecho. Em seguida, utilizou-se de critérios teóricos apriorísticos. Assim, considerando sua possível influência sobre o modelo avaliado, as variáveis e interações foram incluídas na análise a partir da seguinte ordem: Sexo → Insatisfação corporal → Depressão → Ansiedade → Sentimento de felicidade → Estado civil → Período do curso → Idade mediana → IMC → Uso-na-vida de psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica →

Presença de cirurgia plástica → Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica → Vontade de realizar cirurgia plástica → Parte do corpo de que menos gosta → CAGE;

13º- Todas as variáveis entraram manualmente no modelo, uma a uma, e aquelas que não resultavam em significância eram eliminadas, uma de cada vez, conforme as sequências apresentadas abaixo: Sexo → Ansiedade → Sentimento de felicidade → Período do curso → Idade mediana → Estado civil → Presença de cirurgia plástica → Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica → Vontade de realizar cirurgia plástica → Parte do corpo de que menos gosta → CAGE;

Os resultados são apresentados, obedecendo-se à ordem de entrada das variáveis em cada modelo.

2.3 - Considerações éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFJF (1328.019.2008 FR:176180 CAAE: 0014.0.180.000-08) e cumpriu todos os requisitos da *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

3 - Resultados

Era esperada, inicialmente, a aplicação de 2.381 questionários, relativos à totalidade de estudantes pesquisados. Destes, 1.308 corresponderiam aos alunos do 1º período de 2008, e 1.073, aos matriculados no 7º período. Embora a coleta de dados tenha sido repetida em alguns cursos, a meta de 70% não foi atingida em todos eles, por diferentes razões: 1) muitas vezes não foi possível encontrar todos os alunos; 2) houve dificuldade em encontrar os alunos em estágios finais de seus cursos; 3) alguns cursos oferecem disciplinas de forma flexível, com muitos alunos “desperiodizados”: treze alunos de química e treze de matemática, que iniciaram no primeiro semestre de 2005, não foram encontrados e 4) cinco alunos se recusaram a participar da pesquisa.

Após a exclusão dos questionários de cinco indivíduos que relataram o uso de uma droga inexistente — única razão encontrada para a exclusão, a partir das análises preliminares em busca de possíveis erros de coerência interna — foram incluídos nas análises os questionários de 1.585 estudantes (66,7% do total esperado): 955 (73,0% do total de calouros) do 1º período e 630 (58,7%) do 7º período.

Em algumas circunstâncias específicas, as respostas para algumas questões foram avaliadas como *missing*, nomeadamente: 1) três entrevistados que informaram ter concluído o

ensino médio com as idades de 14 e 15 anos, uma vez que não é permitido pela legislação educacional que alunos concluam o ensino médio com idade inferior a 16 anos; 2) pelo evidente exagero de um entrevistado que informou ingerir mil doses de destilados semanalmente; 3) um total de cento e setenta e seis entrevistados que, após informarem nunca ter utilizado bebidas alcoólicas, responderam às perguntas do questionário CAGE — em todos os casos, responderam de forma negativa; 4) e também três estudantes que não responderam a todas as quatro perguntas do CAGE. No entanto após a análise de consistência, as respostas às demais perguntas destes participantes foram aceitas e incluídas nas análises.

Como as análises bivariadas relativas à utilização de psicoativos resultaram em padrões semelhantes aos comportamentos de consumo, tanto na vida quanto no último mês, optou-se por apresentar somente as análises relativas ao uso-na-vida. Considerando-se evidências da literatura, optou-se por manter, na construção do modelo de regressão logística, as variáveis: “Estado civil”, “Presença de cirurgia plástica” e “Depressão”, que haviam gerado, nas análises bivariadas, resultados esperados menores que 5 em 1 das caselas. De acordo com a decisão metodológica de não incluir nos modelos as variáveis com mais de 30% de *missing*, foram excluídas da regressão logística as variáveis: “Idade da 1ª relação sexual”, “Utilização de método para prevenir DST’s”, “Principal finalidade de utilização de anfetamínicos”, “Motivo que levou a fazer uso de substâncias psicoativas que não o álcool e o tabaco”, “Em que parte do corpo quer realizar cirurgia plástica”, ainda que tivessem p-valores $\leq 0,005$ nas bivariadas.

Os resultados das análises exploratórias estão sucintamente descritos na tabela 1: para o “uso-na-vida” e “uso-no-mês” de psicoativos, são apresentados os percentuais de resposta afirmativa; para as demais variáveis, é apresentada apenas a categoria com maior percentual de respostas.

(TABELA 1)

Os resultados das análises bivariadas que resultaram em associações significantes com a escala CAP estão apresentados na Tabela 2.

(TABELA 2)

Ao se construir o modelo de regressão logística, quatro variáveis — Insatisfação corporal, Depressão, IMC e Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica — permaneceram associadas positivamente a maior risco de CAP. As Razões de Chance variaram entre um mínimo de 2,6, para os universitários que já haviam utilizado ao menos um psicoativo de prescrição médica, e um máximo de 21,5 vezes, para aqueles com Insatisfação corporal.

(TABELA 3)**4 - Discussão**

Diversos autores^{42, 10, 43} discutem que existe no TCAP um ciclo de episódios compulsivos, seguidos de culpa, arrependimento e não-aceitação do próprio peso. Neste mesmo sentido, os resultados desta pesquisa indicaram que o excesso alimentar representado pela CAP associou-se positivamente ao aumento do peso (IMC elevado), à depressão, à insatisfação corporal e ao uso de psicoativos sob prescrição médica pelos universitários.

Isnard et al.⁴⁴ avaliaram adolescentes com obesidade moderada e grave e identificaram associação positiva entre a compulsão alimentar, medidas psicológicas de ansiedade e depressão e associação negativa entre a compulsão alimentar, dimensões de autoestima e satisfação corporal. Jorn et al.⁴⁵ observaram que mulheres obesas apresentaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão que as não-obesas. Petribu et al.²³ verificaram que obesos mórbidos, candidatos a cirurgia bariátrica, possuíam elevada prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada, depressão no passado, Transtorno do Pânico e Agorafobia. Em extensa revisão do tema, Fox e Power⁴⁶ identificaram que sentimentos, como raiva e desgosto, são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de TA e que a compulsão alimentar opera como um inibidor da autoestima.

Ao investigar a relação entre percepção de peso corporal e episódios de compulsão alimentar em uma amostra de usuários de *shoppings centers* de cinco cidades brasileiras, Siqueira et al.²² identificaram uma prevalência de episódios de compulsão alimentar mais elevada entre indivíduos com sobrepeso (15,6%) — 9,9% nos de peso normal — e entre indivíduos com percepção do peso corporal acima do ideal (14% em homens, 15% em mulheres), se comparados àqueles que percebiam seu peso como ideal ou abaixo do ideal (8% em homens, 7% em mulheres).

Brasiliano e Hochgraf³¹, em estudo com 80 mulheres dependentes de psicoativos, evidenciaram que um terço delas apresentava um TA associado. Revisão de Agras et al.⁴⁷ indicou que doenças clínicas, como a obesidade, e transtornos psiquiátricos, como o TCAP, tendem a ser mais severos e recorrentes quando associados à dependência de psicoativos.

Neste presente estudo, a prevalência de CAP entre os universitários avaliados foi de 8,2%. Ainda que as análises bivariadas tenham indicado que 20 variáveis se mostraram associadas à CAP, o modelo de regressão logística construído limitou a 4 o número de variáveis que, de forma mais robusta e independente, contribuiriam para explicar a variação na

prevalência de CAP. Todavia, evidências empíricas e pressupostos teóricos justificam a busca de uma compreensão conjunta dos resultados de variáveis que, ao menos indiretamente, se correlacionaram aos episódios compulsivos. Para representar a construção hermenêutica desenvolvida, um esquema interpretativo foi construído (Organograma 1).

(ORGANOGRAMA 1)

É possível pensar que as variáveis “Sexo”, “Parte do corpo de que menos gosta”, “Vontade de realizar cirurgia plástica”, “Em que parte do corpo realizou cirurgia plástica”, “Presença de cirurgia plástica” e “Idade da 1ª relação sexual” tenham relação com a presença de insatisfação corporal. Sabe-se que o ideal de corpo magro exibido pela mídia correlaciona-se com insatisfação corporal^{43, 48}; como consequências, pode-se observar, principalmente em mulheres, insatisfação exagerada com a forma do corpo, busca de procedimentos estéticos e cirúrgicos, bem como dificuldade de relacionamento interpessoal e sexual, secundariamente ao constrangimento com o próprio corpo.

O IMC, via de regra, eleva-se com o aumento da idade. Desta forma, considera-se plausível que as variáveis “Período do curso”, “Estado civil” e “Idade mediana” interajam com o IMC⁴⁹. Espera-se, também, que indivíduos mais velhos tenham relacionamentos mais estáveis e, como consequência, utilizem métodos preventivos para DST's com menor frequência. Embora não apresentado nos resultados, observou-se uma elevada prevalência de CAP entre os indivíduos que relataram utilizar anfetamínicos para emagrecer: assim, enquanto a prevalência de CAP entre os participantes que utilizavam anfetamínicos exclusivamente para ficar acordado foi de 5,1%, entre aqueles que os utilizavam exclusivamente para emagrecer foi de 34,4%. Tais achados corroboram a inclusão da variável “Finalidade de utilização de anfetamínicos” na órbita das interações relativas ao IMC.

A associação da depressão com outras patologias clínicas pode implicar em risco aumentado de incapacidade laboral, redução da qualidade de vida e aumento de mortalidade e de comorbidades⁵⁰. Neste sentido, o uso de psicoativos sob prescrição médica, bem como o uso de bebidas alcoólicas capaz de levar a possível dependência alcoólica podem ser entendidos como tentativas de alívio dos sintomas de depressão⁵¹. Ressalte-se que, dentre os principais motivos que levou ao uso de psicoativos que não álcool ou tabaco, estaria o “alívio da tensão psicológica” e o “tratamento de problema de saúde”.

As variáveis “Ansiedade” e “Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez os demais psicoativos descritos no questionário que não álcool e/ou tabaco” também podem ser consideradas na órbita do “Consumo de psicoativos sob prescrição médica”. Além disso, é

ainda compreensível que aí se inclua a variável “Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica”.

Finalmente, a variável “Sentimento de felicidade” pode — uma vez que múltiplos e contraditórios comportamentos ligados ao comer compulsivo, à não-aceitação do próprio peso e à acentuada angústia após o término dos episódios de compulsão ⁵ — ser tomada de forma abrangente na leitura aqui realizada.

5 - Considerações Finais

O presente estudo epidemiológico utilizou um questionário de autorrelato para avaliar a prevalência de CAP e suas associações. No entanto a natureza transversal do desenho da pesquisa limita qualquer conclusão sobre temporalidade e as direções subjacentes às associações observadas. Embora os instrumentos para avaliar compulsão alimentar, depressão, ansiedade e insatisfação corporal sejam validados para o idioma português, são somente instrumentos de rastreamento. Além disso, o IMC, ainda que seja um dos marcadores mais comumente empregados para avaliação do estado nutricional, não descreve a ampla variação que ocorre na composição corporal de indivíduos e tem baixa especificidade em termos de associação com risco à saúde. Todavia, estas limitações não comprometem os resultados deste estudo que realizou uma análise exploratória da prevalência de Compulsão Alimentar Periódica e possíveis associações a variáveis estudantis, demográficas, sociais e comportamentais, bem como as respostas de rastreamento para Depressão, Ansiedade e Insatisfação corporal entre estudantes universitários da UFJF.

Os resultados deste estudo reiteram a maioria dos achados encontrados na literatura pesquisada; da mesma forma, reforçam a necessidade de se discutir a questão dos transtornos alimentares e suas comorbidades numa ótica cultural mais ampla, bem como de se atentar às evidências científicas no desenvolvimento de estratégias mais adequadas a lidar com o problema.

6 - Referências

1. Appolinario JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22 Suppl 2:28-31.
2. Silva JC, Paegle IC. Transtornos alimentares: funcionamento mental e sofrimento psíquico em pacientes com anorexia nervosa. Psicologia da Saúde. 2006; jul-dez 14 (2):186-96.

3. Paccola AT. Escuta do Psiquiatra: Sinais e Sintomas de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. In: Simpósio: Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosa 2006; Ribeirão Preto; 39 (3):349-52.
4. Silva KC, Pontiere FM. Prevalência de Transtornos Alimentares em Acadêmicos de um Curso de Nutrição. Anuário de Produção de Iniciação Científica Discente. 2008; 9(12):115-27.
5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 830p.
6. Borges MB, Jorge MR. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. Psiq Prat Med. 2000; 33(4):113-8.
7. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(4):215-20.
8. Vilela NB, Cruz T. O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. Revista Baiana de Saúde Pública. 2003; 27:76-83.
9. Azevedo AP, Santos CC, Fonseca DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Revista Psiq Clín. 2004; 31(4):170-2.
10. Appolinario JC. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(2):75-6.
11. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Moreira RO. An empirical comparison of atypical bulimia nervosa and binge eating disorder. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2005; 38: 1663-7.
12. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge Eating Disorder Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. International Journal of Eating Disorders. 2007; 40:337-48.
13. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. International Journal of Eating Disorders. 2006; 13(2):137-53.
14. Dobrow IJ, Kamenetz C, Devlin MJ. Aspectos psiquiátricos da obesidade. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(3):63-7.

15. Engel SG, Adair CE, Las HC. Health-Related Quality of Life and Eating Disorders: A Review and Update. *International Journal of Eating Disorders*. 2009; 42(2):179-87.
16. Laessle RG, Schulz S. Stress-Induced Laboratory Eating Behavior in Obese Women with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2009; 42(6):505-10.
17. Peterson CB, Thuras P, Ackard DM, Mitchell JF, Berg K, Sandager N, et al. Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*. 2010; 51(1):31-6.
18. Appolinario JC, Coutinho W, Pova LC. O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995; 44(2):46-9.
19. Coutinho WF. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1999.
20. Mattos MR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(4):165-9.
21. Borges MB, Jorge MR, Morgan CM, Silveira DX, Custódio O. Binge – Eating Disorder in Brazilian Women on a Weight – Loss Program. *Obesity Research*. 2002; 10(11):1127-34.
22. Siqueira KS, Appolinario JC, Sichieri R. Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five Brazilian cities. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(4):290-4.
23. Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FM, Braz CI, Gomes ML, Araújo DE, et al. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. *Arq Bras Endocrinologia Metab*. 2006; 50(5):901-8.
24. Passos TC, Yazigi L, Claudino AM. Aspectos ideativos no transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o Rorschach. *Revista Psico-USF*. 2008; 13(1):69-74.
25. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria RS*. 2006; 28(3):265-75.

26. Duchesne M, Appolinário JC, Range BP, Freitas S, Papelbaum M, Coutinho W. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria RS*. 2007; 29(1):80-92.
27. Coletty IM, Assumpção JR, Francisco B. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. 2005; 99(3):5-9.
28. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of general psychiatry*. 2000; 57(7):659-65.
29. Araujo DM, Santos GF, Nardi AE. Binge eating disorder and depression: a systematic review. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2010; 11:199-207.
30. Grilo CM, Sinha R, O'malley SS. Eating Disorders and Alcohol Use Disorders. *Research Update*. 2002; 26(2):151-60.
31. Brasiliano S, Hochgraf PB. A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(3):134-44.
32. Krug I, Treasure J, Anderluh M. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 97:169-79.
33. Baptista MN, Vargas JF, Baptista AS. Depressão e Qualidade de Vida em uma Amostra Brasileira de Obesos Mórbidos. *Avaliação Psicológica*. 2008; 7(2):235-47.
34. Hrabosky JI, Masheb RM, White MA. Overvaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75(1):175-80.
35. Gigante DP. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(3):236-46.
36. Conti MA, Frutuoso MF, Gambardella AM. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*. 2005; 18(4):491-7.
37. Ferreira SR. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública? *Einstein*. 2006; 1:1-6.

38. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. 171p.
39. Di Pietro MC, Silveira DX. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala *Body Shape Questionnaire* em uma população de estudantes universitários brasileiros. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 31(1):21-4.
40. Ribeiro MS, Ronzani FA, Alves MJ. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina da UFJF. *J Bras Psiquiatr.* 1997; 46:63-8.
41. Ribeiro MS, Vaissman M, Ribeiro LC, Moreira GM, Marr AC. Crenças e comportamentos dos professores de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora: uso de substâncias psicoativas. *Brasília Med.* 2004; 41:21-33.
42. Faria SP, Shinohara H. Transtornos alimentares. *Revista InterAÇÃO.* 1998; 52(2):51-73.
43. Nunes MA, Appolinário JC, Galvão AL, et al. Transtornos alimentares e obesidade. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 416p.
44. Isnard P, Michel G, Frelut ML, Vila G, Falissard B, Naja W, et al. Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *Int J Eat Disord.* 2003; 34(2):235-43.
45. Jorn AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N J Public Health.* 2003; 27(4):434-40.
46. Fox JR, Power MJ. Eating Disorders and Multi-Level Models of Emotion: An Integrated Model. *Clin Psychol Psychother.* 2009; 16:240-67.
47. Agras WS, Amos D, Crandall C, et al. Food for thought: Substance Abuse and Eating Disorders. New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University; 2003. 73p.
48. Iriart JA, Chaves JC, Orleans RG. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(4):773-82.
49. Alves D, Pinto M, Alves S, Mota A, Leirós V. Cultura e imagem corporal. *Motricidade.* 2009; 5(1):1-20.

50. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Cid-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 351p.

51. Scheffer M, Pasa GG, Almeida RM. Atenção, ansiedade e raiva em dependentes químicos. Revista Psico-USF. 2009; 40(2):235-44.

Tabela 01 – Análise Descritiva e Exploratória das variáveis

| Variáveis | n | Alternativa de resposta | % |
|---|--|------------------------------------|-------------|
| Estudantis | Turno do curso | Diurno | 71,7 |
| | Bloco de estudo | CSA | 25,7 |
| | Período em que está matriculado | Primeiro Período | 60,3 |
| | Idade em que concluiu o ensino médio* | Até 20 anos | 98,9 |
| | Iniciou ou completou outro curso superior | Não | 90,8 |
| | Outras atividades estudantis realizadas | Não participa | 55,4 |
| | Média de horas semanal de dedicação à vida estudantil ** | Abaixo da mediana | 62,9 |
| | Autoavaliação de desempenho escolar | 6 pontos ou mais | 94,6 |
| Demográficas e Sociais | Sexo | Feminino | 55,0 |
| | Idade – Faixa etária *** | Abaixo da mediana | 51,4 |
| | Estado Civil | Solteiro | 95,5 |
| | Com quem mora | Pais | 57,4 |
| | Situação ocupacional | Somente estudante | 64,6 |
| | Renda pessoal | Não tem renda pessoal | 60,0 |
| | Renda familiar | De 6 a 10 salários mínimos | 31,5 |
| | Religiosidade | Religião Católica | 52,4 |
| Frequência religiosa | Não participa de forma regular | 33,9 | |
| Pessoais | Pessoa que procuraria na eventualidade de problema pessoal | Mãe | 58,3 |
| | Atividade de lazer que se dedica mais tempo | Ficar/sair com cônjuge/companheiro | 23,8 |
| | Sentimento de felicidade | Frequentemente | 51,1 |
| Relativas à sexualidade | Ter tido ou não uma relação sexual | Já tiveram relação sexual | 75,3 |
| | Idade da 1ª relação sexual**** | Abaixo da mediana | 63,7 |
| | Opção Sexual | Heterossexual | 96,0 |
| | Utilização de método preventivo para DST's | Sempre utiliza método de prevenção | 63,9 |
| Uso-na-vida de psicoativos | Bebida Alcoólica | Sim | 88,6 |
| | Tabaco | Sim | 39,8 |
| | Maconha | Sim | 21,0 |
| | Cocaína | Sim | 4,9 |
| | Crack | Sim | 0,7 |
| | Ecstasy | Sim | 5,0 |
| | Anfetaminas | Sim | 12,5 |
| | Benzodiazepínicos | Sim | 13,7 |
| | Solventes | Sim | 22,3 |
| | LSD | Sim | 4,8 |
| | Remédio para aumento de massa muscular ou potência sexual | Sim | 1,6 |
| Uso-no-mês de psicoativos | Bebida Alcoólica | Sim | 64,8 |
| | Tabaco | Sim | 15,0 |
| | Maconha | Sim | 6,3 |
| | Cocaína | Sim | 0,9 |
| | Crack | Sim | 0,3 |
| | Ecstasy | Sim | 0,6 |
| | Benzodiazepínicos | Sim | 3,2 |
| | Solventes | Sim | 2,4 |
| | LSD | Sim | 0,8 |
| | Remédio para aumento de massa muscular ou potência sexual | Sim | 0,1 |
| | Idade média do primeiro uso de psicoativos ***** | Bebida Alcoólica | Até 15 anos |
| Tabaco | | Até 15 anos | 43,7 |
| Maconha | | 18 anos ou mais | 43,2 |
| Cocaína | | 18 anos ou mais | 64,1 |
| Crack | | 18 anos ou mais | 100,0 |
| Ecstasy | | 18 anos ou mais | 78,9 |
| Anfetaminas | | 18 anos ou mais | 64,7 |
| Benzodiazepínicos | | 18 anos ou mais | 60,5 |
| Solventes | | 16 a 17 anos | 37,4 |
| LSD | | 18 anos ou mais | 74,6 |
| Remédio para aumento de massa muscular ou potência sexual | | 16 anos ou mais | 95,2 |

| | | | | |
|---|--|-------|--------------------------------------|------|
| Outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de psicoativos | Consumo médio, por semana de bebidas alcoólicas***** | 936 | Abaixo da mediana | 51,5 |
| | CAGE | 1.370 | Negativo | 92,0 |
| | Consumo médio, por dia de tabaco***** | 166 | Abaixo da mediana | 56,6 |
| | Via de utilização de cocaína | 77 | Exclusivamente inalada | 84,4 |
| | Finalidade de utilização de anfetamínicos | 183 | Exclusivamente para ficar acordado | 56,8 |
| | Finalidade de utilização de benzodiazepínicos | 210 | Exclusivamente por prescrição médica | 55,2 |
| | Motivo que levou a utilizar pela 1ª vez álcool e ou tabaco | 1.323 | Diversão ou prazer | 51,5 |
| | Mudança ocorrida em sua vida depois de utilizar álcool/ tabaco | 1.332 | Não se modificou | 70,1 |
| Relativas à estética e tratamento médico | Motivo que levou a utilizar pela 1ª os demais psicoativas descritos no questionário que não álcool e/ou tabaco | 483 | Por curiosidade | 4,5 |
| | Realização de cirurgia plástica | 1.584 | Não | 96,5 |
| | Em que parte do corpo realizou | 50 | Outras | 34,0 |
| | Vontade de realizar cirurgia plástica | 1.579 | Não | 75,9 |
| | Em que parte do corpo quer realizar | 353 | Seios | 32,9 |
| | Parte do corpo de que mais gosta | 1.361 | Outras | 45,6 |
| | Parte do corpo de que menos gosta | 1.260 | Outras | 45,3 |
| | Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica | 1.538 | Não | 86,2 |
| Massa Muscular | Qual doença | 71 | Doença Psiquiátrica | 32,4 |
| | Fez ou faz uso constante de alguma medicação | 1.573 | Não | 5,0 |
| | IMC | 1.543 | Peso normal***** | 75,0 |
| Relativas às escalas utilizadas | Compulsão Alimentar Periódica | 1.434 | Presença | 8,2 |
| | Depressão | 1.439 | Presença | 3,8 |
| | Ansiedade | 1.452 | Presença | 13,9 |
| | Insatisfação corporal | 1.482 | Presença | 10,1 |

Bloco especial: participantes de que tivessem iniciado outro curso superior e que tivesse idade \geq que 20 anos, para as turmas de 1º período, ou idade \geq 23 anos, para o 7º período. ****Mediana:** 40 (+/- 18,26 DP, mínima 1 e máxima 140). ***** Mediana:** 20 (+/- 3,99 DP, mínima 17 e máxima 61). ****** Mediana:** 17 (+/- 2,07 DP, mínima 7 e máxima 33). ********* Neste caso, o “n” se refere ao número e pessoas que afirmaram já ter usado tal substância ao menos uma vez na vida. ******* Mediana:** 3 (+/- 6,41 DP, mínima 0,25 e máxima 61). ******* Mediana:** 3 (+/- 8,72 DP, mínima 1 e máxima 60). *******IMC 18,5 a 24,99.**

Fonte: Os autores

Tabela 02 – Análise bivariada das variáveis

| Variáveis | Compulsão Alimentar Periódica | | Total | |
|--|--|-----------------------------------|--------------|-------------|
| | Sem Compulsão Alimentar Periódica | Com Compulsão Alimentar Periódica | | |
| Estudantis | Período em que está matriculado | p= 0,049 | | |
| | Primeiro | 93,0 | 7,0 | 858 |
| | Sétimo | 90,1 | 9,9 | 576 |
| | TOTAL | 91,8% | 8,2% | 1434 |
| Demográficas e Sociais | Sexo | p= 0,000 | | |
| | Masculino | 96,6 | 3,4 | 646 |
| | Feminino | 87,9 | 12,1 | 785 |
| | TOTAL | 91,8% | 8,2% | 1431 |
| | Idade – Faixa etária | p= 0,044 | | |
| | Abaixo mediana | 93,2 | 6,8 | 739 |
| | Acima mediana | 90,3 | 9,7 | 692 |
| | TOTAL | 91,8% | 8,2% | 1431 |
| | Estado civil* | p= 0,015 | | |
| Solteiro | 92,3 | 7,7 | 1370 | |
| Outros | 83,6 | 16,4 | 61 | |
| | TOTAL | 91,9% | 8,1% | 1431 |
| Pessoais | Sentimento de felicidade | p= 0,000 | | |
| | Nunca/raramente | 73,7 | 26,3 | 99 |
| | Sempre/ frequentemente | 93,1 | 6,9 | 1301 |
| | TOTAL | 91,7% | 8,3% | 1400 |
| Relativas à sexualidade | Idade da 1ª relação sexual | p= 0,006 | | |
| | Abaixo da mediana | 93,2 | 6,8 | 592 |
| | Acima da mediana | 87,9 | 12,1 | 331 |
| | TOTAL | 91,3% | 8,7% | 923 |
| | Utilização de método preventivo para DST's | p= 0,004 | | |
| | Nunca | 84,0 | 16,0 | 75 |
| Às vezes | 89,8 | 10,2 | 295 | |
| Sempre | 93,8 | 6,2 | 673 | |
| | TOTAL | 91,9% | 8,1% | 1043 |
| Uso-na-vida de psicoativos | Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica | p= 0,000 | | |
| | Nunca usou | 94,7 | 5,3 | 1080 |
| | Usou pelo menos um tipo | 83,2 | 16,8 | 327 |
| | TOTAL | 92,0% | 8,0% | 1407 |
| Outros aspectos comportamentais, motivação e consequências do uso de psicoativos | CAGE | p= 0,005 | | |
| | Negativo | 92,1 | 7,9 | 1147 |
| | Positivo | 84,1 | 15,9 | 107 |
| | TOTAL | 91,4% | 8,6% | 1254 |
| | Finalidade de utilização de anfetamínicos | p= 0,000 | | |
| | Exclusivamente para ficar acordado | 94,9 | 5,1 | 99 |
| | Outras | 85,3 | 34,7 | 75 |
| | TOTAL | 82,2% | 17,8% | 174 |
| | Motivo que levou a utilizar pela 1ª os demais psicoativos descritos no questionário que não álcool e/ou tabaco | p= 0,020 | | |
| | Por curiosidade | 92,7 | 7,3 | 245 |
| Outros | 85,9 | 14,1 | 198 | |
| | TOTAL | 89,6% | 10,4% | 443 |
| Relativas à estética e tratamento médico | Realização de cirurgia plástica** | p= 0,001 | | |
| | Não | 92,3 | 7,7 | 1380 |
| | Sim | 79,2 | 20,8 | 53 |
| | TOTAL | 91,8% | 8,2% | 1433 |
| Vontade de realizar cirurgia plástica | p= 0,000 | | | |

| | | | | |
|--|--|--------------|--------------|-------------|
| | Não | 94,6 | 5,4 | 1080 |
| | Sim | 83,0 | 17,0 | 348 |
| | TOTAL | 91,8% | 8,2% | 1428 |
| | Em que parte do corpo quer realizar | p= 0,003 | | |
| | Nariz | 89,4 | 10,6 | 85 |
| | Seios | 80,2 | 19,8 | 106 |
| | Abdome | 70,3 | 29,7 | 74 |
| | Outros | 91,5 | 8,5 | 59 |
| | TOTAL | 82,4% | 17,6% | 324 |
| | Parte do corpo de que menos gosta | p= 0,000 | | |
| | Abdome | 83,3 | 16,7 | 305 |
| | Pés | 96,6 | 3,4 | 174 |
| | Nariz | 96,7 | 3,3 | 151 |
| | Outras | 92,0 | 8,0 | 525 |
| | TOTAL | 91,0% | 9,0% | 1155 |
| | Fez ou faz tratamento para alguma doença crônica | p= 0,000 | | |
| | Não | 93,3 | 6,7 | 1203 |
| | Sim | 84,7 | 15,3 | 190 |
| | TOTAL | 92,2% | 7,8% | 1393 |
| Massa muscular | IMC | p= 0,000 | | |
| | Abaixo do peso | 97,7 | 2,3 | 128 |
| | Peso normal | 93,4 | 6,6 | 1059 |
| | Acima do peso | 81,0 | 19,0 | 211 |
| | TOTAL | 91,9% | 8,1% | 1398 |
| Relativas às escalas utilizadas | Depressão | p= 0,000 | | |
| | Sem Depressão | 93,1 | 6,9 | 1281 |
| | Depressão | 65,3 | 34,7 | 49 |
| | TOTAL | 92,1% | 7,9% | 1330 |
| | Ansiedade*** | p= 0,000 | | |
| | Sem Ansiedade | 94,3 | 5,7 | 1137 |
| | Ansiedade | 78,5 | 21,5 | 186 |
| | TOTAL | 92,1% | 7,9% | 1323 |
| | Insatisfação corporal | p= 0,000 | | |
| | Satisfação corporal | 96,9 | 3,1 | 1207 |
| | Insatisfação corporal | 51,7 | 48,3 | 147 |
| | TOTAL | 92,0% | 8,0% | 1354 |

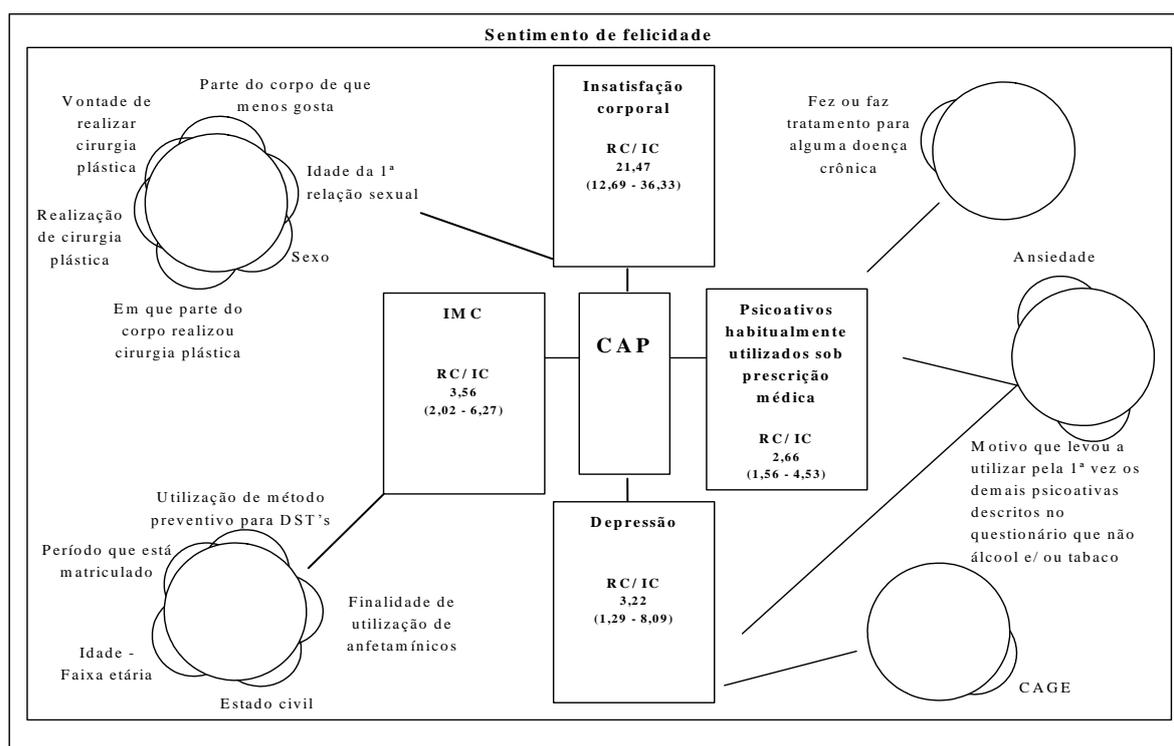
*Fisher's Exact Test: p= 0,027 ** Fisher's Exact Test: p= 0,003 *** Fisher's Exact Test: p= 0,000

Fonte: Os Autores

Tabela 03 – Razão de Chance de Compulsão Alimentar Periódica e “p-valores” para os diversos fatores associados

| VARIÁVEL/INTERAÇÃO | VALOR DE “p” | RAZÃO DE CHANCE | INTERVALO DE CONFIANÇA |
|---|--------------|-----------------|------------------------|
| Insatisfação corporal | | | |
| (Satisfação corporal) | | 1 | |
| Insatisfação corporal | 0,000 | 21,47 | 12,69-36,33 |
| Depressão | | | |
| (Sem depressão) | | 1 | |
| Com depressão | 0,013 | 3,22 | 1,29-8,09 |
| IMC | | | |
| (Abaixo do peso e peso normal) | | 1 | |
| Acima do peso | 0,000 | 3,56 | 2,02-6,27 |
| Psicoativos habitualmente utilizados sob prescrição médica | | | |
| (Nunca usou) | | 1 | |
| Usou um pelo menos um tipo | 0,000 | 2,66 | 1,56-4,53 |

Fonte: Os Autores



Organograma 01: Associações das variáveis apresentadas nas análises bivariadas ao modelo de Compulsão Alimentar Periódica