UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

AGOSTILINA RENATA DOS SANTOS DA CRUZ RAMOS

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM JOVENS DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

SEROPÉDICA
2023

AGOSTILINA RENATA DOS SANTOS DA CRUZ RAMOS

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM JOVENS DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Wanderson Fernandes de Souza
.

SEROPÉDICA
2023

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central/Central de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
Com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R175c

Ramos, Agostilina Renata dos Santos da Cruz, 1996-
Comportamentos de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens de São Tomé e Príncipe / Agostilina Renata dos Santos da Cruz Ramos. - Seropédica, 2023.
46 f.

Orientador: Wanderson Fernandes de Souza.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2023.

1. TRANSTORNOS ALIMENTARES. I. Souza, Wanderson Fernandes de, 1980-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós Graduação em Psicologia III. Título.

É permitida a cópia parcial ou total desta TFC/Dissertação/Tese, desde que seja citada a fonte

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Instituto de Educação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Agostilina Renata Dos Santos Da Cruz Ramos

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM JOVENS DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Rural do Rio de Janeiro.

TESE APROVADA EM: 31 / 10 / 2023.

Banca Examinadora:

gov.br Documento assinado digitalmente
WANDERSON FERNANDES DE SOUZA
Data: 04/05/2026 09:30:18-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Dr. Wanderson Fernandes de Souza
UFRRJ - (Orientador)

gov.br Documento assinado digitalmente
IVANIRA AMARAL DIAS
Data: 03/08/2026 18:50:13-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Dra. Ivanira Amaral Dias
UFPA - (Profª. Externa)

gov.br Documento assinado digitalmente
ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA CASTRO
Data: 11/08/2026 09:13:58-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Dr. Antonio José de Oliveira Castro
UFPA - (Prof. Externo)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão ao meu orientador, Professor Dr. Wanderson Fernandes Souza, por sua orientação, paciência e apoio incondicional ao longo deste processo. Agradeço também aos professores da banca, Professora Dra. Ivanira Dias e o Professor Dr. Antonio José de Oliveira Castro, cujas contribuições foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Um agradecimento especial à minha família, por seu amor, apoio e compreensão durante esses anos. Por fim, agradeço a todos os participantes da pesquisa, cujas contribuições foram essenciais para a realização deste estudo. Sem a colaboração de vocês, este trabalho não teria sido possível.

"O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. This study was financed in part the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001."

RESUMO

DOS SANTOS DA CRUZ RAMOS, Agostilina Renata. **Comportamentos de risco para desenvolvimento de Transtornos Alimentares em jovens de São Tomé e Príncipe**. 2026. 46. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2023.

Introdução: O comportamento alimentar é determinado por aspectos sociais, ambientais e toda uma relação desenvolvida com o alimento, porém algumas práticas podem representar um risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Objetivo: Estimar a prevalência dos comportamentos de risco para Transtornos Alimentares em jovens de São Tomé e Príncipe. Métodos: Estudo transversal, realizado com 226 estudantes escolares e universitários de São Tomé e Príncipe, com idade entre 18 e 29 anos. Para coleta de dados, foram utilizados 3 questionários autoaplicáveis, sendo um questionário sociodemográfico e dois instrumentos utilizados para avaliar os aspectos psicopatológicos gerais e específicos dos transtornos alimentares: Eating Attitudes Test (EAT-26) e Body Shape Questionnaire – BSQ. Procedeu-se a análise estatística mediante o cálculo das frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão, teste t e correlação de Pearson segundo as categorias de satisfação com a imagem corporal. Estabelece-se o nível de significância de 5% ($p<0,05$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguaçu, sob o parecer nº 5.357.005, de 19 de abril de 2022. Resultados: 70,8% dos participantes eram do sexo feminino, 80,09% tinham idade entre 18 a 23 anos, 45,1% eram alunos do 11º ao 12º, 43,8% tinham uma renda superior a 3 salários mínimos, 68,6% tinham uma TV na sua residência e 60,6% tinham acesso à internet todos os dias na semana. A frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares foi de 1,3%. Verificou-se uma insatisfação corporal maior entre as mulheres (74,08%), quando comparadas aos homens (45,27%; $p< 0,01$). Conclusão:Os resultados encontrados demonstraram uma baixa prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em São Tomé e Príncipe.

Palavras-chave: transtornos alimentares, comportamentos de risco, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

ABSTRACT

DOS SANTOS DA CRUZ RAMOS, Agostilina Renata**. Risk behaviors for the development of Eating Disorders in young people from São Tome and Principe**. 2026. 46. Dissertation (Master's in Psychology) – Institute of Education, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2023.

Introduction: Eating behavior is determined by social and environmental aspects and a relationship developed with food, but some practices may represent a risk for the development of Eating Disorders. Objective: To estimate the prevalence of risk behaviors for Eating Disorders in young people in São Tomé and Príncipe. Methods: A cross-sectional study was carried out with 226 school and university students from São Tome and Principe, aged between 18 and 29. Three self-administered questionnaires were used to collect data: a sociodemographic questionnaire and two instruments used to assess the general and specific psychopathological aspects of eating disorders: the Eating Attitudes Test (EAT-26) and the Body Shape Questionnaire (BSQ). Statistical analysis was carried out by calculating absolute and relative frequencies, mean, standard deviation, t-test and Pearson's correlation according to body image satisfaction categories. The significance level was set at 5% ($p<0.05$). The project was approved by the Research Ethics Committee of Iguaçu University, under opinion no. 5.357.005, dated April 19, 2022. Results:70.8% of the participants were female, 80.09% were aged between 18 and 23, 45.1% were 11th to 12th graders, 43.8% had an income of more than 3 minimum wages, 68.6% had a TV in their home and 60.6% had access to the internet every day of the week. The frequency of risk behaviors for eating disorders was 1.3%. Body dissatisfaction was higher among women (74.08) compared to men (45.27; $p< 0.01$). Conclusion: The results found showed a low prevalence of risk behaviors for eating disorders in São Tome and Principe.

Keywords: eating disorders, risk behavior, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição da população de estudo segundo características sociodemográficas e econômicas 24
Tabela 2 – Perguntas sobre o comportamento alimentar 26
Tabela 3 – Frequência das escalas EAT-26 e BSQ 27
Tabela 4 – Correlação entre as variáveis numéricas 27
Tabela 5 – Tabela de comparação dos sintomas do EAT e BSQ entre homens e mulheres 28
Tabela 6 – Tabela de comparação dos sintomas do EAT e BSQ com relação à renda 28

Lista de abreviaturas e siglas

AN	Anorexia Nervosa
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BN	Bulimia Nervosa
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-5	Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, 5a edição
INE	Instituto Nacional de Estatística
SPSS	Statistical Pac - kage for Social Sciences
TA	Transtorno Alimentar
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TV	Televisão

Sumário

1 Introdução 9
2 Objetivos 11
2.1 Objetivo Geral: 11
2.2 Objetivos Específicos: 11
3 Revisão da Literatura 12
3.1 São Tomé e Príncipe - Contexto geral 12
3.2 Transtornos Alimentares 12
4 Materiais e Métodos 20
4.1 Tipo, Local e População de Estudo 20
4.2 Coleta de dados 20
4.3 Análise Estatística 22
4.4 Aspectos Éticos 22
5 Resultados e Discussão 23
5.1 Resultados 23
5.2 Discussão 28
6 Conclusão 32
1 Referência Bibliográficas 33
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 39
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 40
ANEXO A – EAT-26 42
ANEXO B – BSQ 43

1 Introdução

Transtornos alimentares (TA) são distúrbios psiquiátricos caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento alimentar. Resulta do consumo ou da absorção alterada de alimentos que comprometem significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Fazem parte do grupo de transtornos alimentares: a Picamalácia, o Transtorno de Ruminação, o Transtorno Alimentar Restritivo, a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014).

Os comportamentos de risco para transtornos alimentares podem ser definidos como a prática de dietas restritivas ou jejuns prolongados, episódios de compulsão alimentar autoindução de vômitos e o uso inadequado de laxantes e diuréticos com a finalidade de evitar o ganho de peso (FERREIRA e VEIGA, 2008). Esses comportamentos têm sido considerados precursores para o desenvolvimento de quadros completos de TA (KELLY et al., 2005).

As suas expressões mais graves são anorexia e bulimia nervosa e estão relacionados com quadros clínicos de desnutrição, com alterações metabólicas, gastrointestinais, endócrinas e renais (FORTES et al., 2016). A anorexia nervosa é caracterizada por restrição de ingestão calórica necessária de acordo com o esperado para o desenvolvimento, medo intenso de ganhar peso mesmo quando o peso já está baixo. A Bulimia nervosa caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados recorrentes para impedir o ganho de peso (APA, 2014).

Estima-se que mulheres adolescentes e adultas jovens sejam mais afetadas por transtornos alimentares chegando a uma proporção de 3,2% em mulheres com idade entre 18 e 30 anos, e com uma relação entre homem: mulher variando de 1:6 a 1:10 (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION [ADA], 2006). Estudos relacionados à prevalência de Anorexia nervosa entre mulheres na adolescência tardia e início da idade adulta verificam taxas de 0,5% a 1%, de acordo com o DSM-5. Relativamente à Bulimia nervosa, pelo menos 90% dos indivíduos são mulheres, e a sua prevalência entre adolescentes e adultos jovens é de aproximadamente 1% a 3% (APA, 1994; HAY, 2002). Segundo os dados do Centro Especializado em Transtornos Alimentares (CETA, 2018), ao longo da vida, entre 0,5 e 4% das mulheres terá anorexia nervosa, de 1 a 4,2%, bulimia nervosa e 2,5% transtorno do comer compulsivo.

Os transtornos alimentares têm uma etiologia multifatorial, pois envolve diversas causas como, genéticas, psicológicas, familiares, biológicas, socioculturais e nutricionais. A interação desses fatores contribui para o desenvolvimento do quadro (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006).

De acordo com Feijó e Oliveira (2001) o termo comportamento de risco expressa a participação dos adolescentes em atividades que possam prejudicar a sua saúde física e mental. Os adolescentes, por estarem em uma fase de mudanças biológicas, psicológicas e

socioculturais, são considerados vulneráveis para desenvolvimento de transtornos alimentares. (KAYE, 2008). Nesse sentido, quando não identificados, os comportamentos de risco podem ocasionar consequências significativas tanto individual como familiar e social. São considerados comportamentos de risco para transtornos alimentares, a utilização de diuréticos, laxantes, anorexígenos, indução de vômitos, atividade física em excesso, a não realização de duas principais refeições ao dia e episódios de compulsão alimentar (FORTES et al., 2016).

O tratamento dos transtornos alimentares vem sofrendo avanços. Sabe-se hoje que os melhores resultados são alcançados por uma equipe multidisciplinar constituída por psiquiatra, nutricionista, médico, psicólogo, entre outros profissionais de saúde. (HALMI, 2009). Estudar os transtornos alimentares e seus fatores etiológicos é importante para serem desenvolvidas ações educativas que possibilitem a prevenção e a identificação precoce desses transtornos (FORTES et al., 2016).

Assim sendo, pretendeu-se com esse trabalho, avaliar os comportamentos de risco para transtornos alimentares em jovens de São Tomé e Príncipe, por se tratar de um país do qual a população é maioritariamente jovem e estão sujeitos a diversas mudanças sociais, culturais, comportamentais, sobretudo do comportamento alimentar, que podem levar ao surgimento dos transtornos alimentares.

Objetivos

1.1 Objetivo Geral:

Estimar a prevalência dos comportamentos de risco para Transtornos Alimentares (TAs) em jovens de São Tomé e Príncipe.

1.2 Objetivos Específicos:

Analisar os fatores associados aos comportamentos de risco para Transtornos Alimentares em jovens.

Comparar a prevalência de comportamentos de risco para Transtornos em jovens com base em características sócio-demográficas.

Avaliar a relação entre a imagem corporal e risco para desenvolvimento de Transtornos Alimentares

2 Revisão da Literatura

2.1 São Tomé e Príncipe - Contexto geral

São Tomé e Príncipe é um arquipélago situado a 350 km da costa ocidental de África, no Golfo da Guiné. Está composto por duas ilhas (ilha de São Tomé e ilha do Príncipe), com cerca de 960 km². O país tem como língua oficial, o português e conta com cerca de 225 mil habitantes (World Bank, 2023). Conforme o Relatório do Banco Mundial (World Bank, 2023), o país tem uma população jovem e predominantemente urbana. Cerca da metade da população de São Tomé e Príncipe tem menos de 18 anos, com uma taxa de matrícula no ensino secundário de 89%. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), 59,1% da população total tem idade inferior a 25 anos, e apenas 3,3% têm idade superior a 65 anos. A esperança de vida era em torno de 67,3 anos e a taxa de alfabetização era de aproximadamente 90,1% em 2017.

S. Tomé e Príncipe é uma sociedade multicultural, onde predominam valores de uma cultura tradicional africana, em coexistência com valores de outras culturas, nomeadamente a europeia. A República de São Tomé e Príncipe está dividida em seis distritos e uma região autônoma sendo eles: Água Grande, Mé-Zochi, Caué, Lembá, Cantagalo, Lobata e a região autónoma do Príncipe (INE, 2017).

O distrito de Água Grande, com uma densidade populacional de 4 604,5 habitantes por quilômetro quadrado, possui a maior concentração da população. Seguem-se os distritos de Mé-Zóchi e de Lobata com densidades populacionais de 408,6 hab/km2 e 205,4 hab/km2 respectivamente, valores acima da média nacional (INE, 2017).

2.2 Transtornos Alimentares

Transtornos alimentares (TAs) são quadros psicopatológicos, caracterizados por uma grave e persistente perturbação nos hábitos alimentares (Balottin, Mannarini, Mensi, Chiappedi & Gatta, 2027: Leonidas & Santos, 2017). Nas últimas décadas, tem-se observado um crescente número de pesquisas voltadas à investigação dos TAs. Incluindo características psicodinâmicas das pessoas afetadas e da sociedade nas quais estão inseridas (Vázquez-Velázquez, Kaufer-Horwitz, Méndez, García, 2017).

Os transtornos alimentares mais comuns são Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Quando os critérios diagnósticos não apontam a existência de nenhuma destas síndromes utiliza-se o diagnóstico de Transtorno Alimentar Não Especificados (TANE) (HERCOWITZ, 2015; SIQUEIRA et al., 2015). Dispõem de causas multifatoriais associadas a um conjunto de fatores podendo eles ser biológicos, psíquicos, sociais, familiares e ambientais (HERCOWITZ, 2015; SIQUEIRA et al., 2015; APA, 2014).

De acordo com Doyle & Bryant-Waugh (2000) conforme citado por Carmo et al., (2014), os transtornos alimentares afetam predominantemente adolescentes e adultos jovens do sexo

feminino, podendo levar a prejuízos biopsicossociais e aumento da morbidade e mortalidade. Apresentam seus primeiros sintomas na infância e na adolescência. Sendo marcado na infância por dificuldade em se alimentar de forma adequada e desta forma, podem interferir no desenvolvimento infantil, levando a perda ou ganho de peso de forma inapropriada, com início antes dos 6 anos.

De acordo com Gonçalves e Martínez (2014), a contemporaneidade vem sendo marcada pela globalização e por sua lógica de mercado, resultando em uma imagem idealizada de perfeição do corpo humano. A indústria da beleza veiculada pelas diferentes formas de mídia, promove parâmetros para um corpo considerado belo, sendo atualmente atribuído à imagem magra, jovial e esguia. Com isso, tem- se observado um número significativo de pessoas insatisfeitas com a forma e o peso corporal, provocando o aumento da incidência dos transtornos alimentares.

2.2.1 Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa é caracterizada pela perda de peso à custa de dieta extremamente restrita, a busca desenfreada pela magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (BORGES et al., 2006).

Embora a anorexia nervosa seja considerada um problema de saúde da atualidade, estima- se que os primeiros relatos de mulheres com sintomas de anorexia surgiram na idade média, em que se acreditava que a recusa em comer seria uma forma de desenvolvimento espiritual, pois proporcionaria a superação das necessidades físicas vistas naquele tempo como terrenas. No período medieval eram realizados jejuns prolongados para disciplinar o apetite pela carne, sob influência da igreja. (FERNANDES, 2006).

De acordo com Weinberg (2010), o primeiro relato médico sobre anorexia nervosa foi feito em 1869 pelo autor Morton, no livro sobre doenças consumptivas, no qual descreve dois casos de "consumpção de origem nervosa". Morton comenta sobre a influência concomitante entre os processos mentais e físicos e ressalta o papel patogênico das emoções. Acrescenta que os quadros se caracterizavam pela diminuição do apetite, amenorreia, aversão a comida, obstipação, emagrecimento extremo e hiperatividade. O autor se mostra intrigado pela indiferença característica que as pacientes denotam em relação ao seu estado nutricional e pela preservação das suas faculdades mentais básicas.

É considerado um transtorno do comportamento alimentar determinada pela perda de peso intensa e intencional (pelo menos 15% do peso corporal original) provocada por dietas extremamente restritivas, busca descontrolada pela magreza, recusa em manter o peso corporal acima do mínimo normal para a idade, amenorreia e distorção da imagem corporal (CORDAS, 2004).

O início do quadro clínico geralmente ocorre a partir da elaboração de uma dieta, em que o paciente inicia a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles alimentos que julga mais calóricos. Essa restrição alimentar aumenta de forma progressiva, com diminuição do número de refeições, podendo evoluir rapidamente, até o jejum. O paciente tem como meta emagrecer, cada vez mais, e deseja a todo custo ficar cada vez mais magro (PHILIPPI; ALVARENGA, 2004).

Em geral, os pacientes relatam que o início do quadro se deu após um fator estressante como algum comentário sobre seu peso, ou o término de relacionamento, ou perda de familiar. Gradativamente o paciente passa a viver apenas em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, da tabela de calorias e do medo patológico de engordar. Ao mesmo tempo, esses pacientes apresentam traços de personalidade como preocupações e cautela em excesso, medo de mudanças, hipersensibilidade e gosto pela ordem (BORGES et al., 2006). Entre os sintomas que podem ser relatados estão, intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, amenorreia, dificuldade de concentração etc. Porém, dado a recusa do paciente em procurar ajuda profissional por não admitir que está doente ou por achar que conseguirá se tratar sozinho,

tendem a não relatar as suas queixas de forma espontânea, cabendo ao médico questioná-las (BORGES et al., 2006)

2.2.2 Bulimia Nervosa

A Bulimia nervosa caracteriza-se por períodos de grande ingestão alimentar com episódios de ingestão de grandes quantidades de alimentos em curto período, associados a uma sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar e preocupação excessiva com o controle do peso corporal. São acompanhados de medidas compensatórias inadequadas a fim de manter o controle de peso (APA, 2014; CORDAS, 2004).

A descrição de Bulimia Nervosa, assim como nós conhecemos hoje, foi elaborada por Gerald Russell em 1979, quando descreveu em trinta pacientes com peso normal, medo de engordar, episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos. Como essas pacientes haviam apresentado anorexia nervosa no passado, Russel considerou inicialmente que a bulimia seria uma sequela ou até mesmo uma variação da anorexia nervosa (CORDÁS, 2004).

Posteriormente, em 1991 Fairburn, Russel e outros pesquisadores descreveram o caráter autônomo do quadro, uma vez que apenas 20% a 30% das pacientes com bulimia nervosa apresentaram história anterior de anorexia nervosa, geralmente de curta duração (ABREU;CANGELLI FILHO, 2004).

A causa da bulimia está muitas vezes relacionada com o desejo de emagrecer. Todavia, fatores biológicos, psicológicos como distorção da imagem corporal, distorções cognitivas e pensamentos obsessivos sobre comida e maior necessidade de controle desencadeado pela privação alimentar e familiares também têm um grande impacto na etiologia e na perpetuação do transtorno. Quando está diante de aspectos que lhe afetam negativamente, o paciente com bulimia tende a se refugiar na comida (AMORAS et al., 2010)

Normalmente, na bulimia nervosa o paciente sente uma vontade incontrolável de comer e por conta disso, ingere grande quantidade de alimentos. Posteriormente, sente-se culpado e até mesmo mal-estar físico pela grande quantidade ingerida de alimentos e recorre a estratégias como, por exemplo, a indução de vômito para não engordar, o que lhe traz satisfação e alívio momentâneos. Desta forma, o paciente com bulimia nervosa acredita ter descoberto a forma ideal de manter o peso sem deixar de lado os alimentos que considera proibidos. Todavia, após episódio de vômito surge-lhe a impressão de estar a fazer algo fora do normal. Com isso, vem o sentimento de ansiedade, culpa e uma piora na autoestima, o que faz com que ele volte a dieta, desta vez, de forma mais intensa por acreditar que possui o controle sobre este processo. Esse aumento da restrição, facilita os episódios bulímicos, leva a piora dos vômitos, da ansiedade e da autoestima, tornando um ciclo vicioso (FAIRBURN; COOPER, 1989).

2.2.3 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é caracterizado por episódios de perda de controle sobre a alimentação e episódios recorrentes de compulsão alimentar acompanhados de sentimentos de vergonha e culpa (GELIEBTER et al., 2016).

A descrição do TCAP foi feita pela primeira vez nos anos 1950 por Stunkard (1959), mas, a sua elevação à categoria diagnóstica ocorreu apenas em 1994, quando foi incluído no apêndice B do DSM IV (APA, 1994), com critérios provisórios para o seu diagnóstico (AZEVEDO et al., 2004). A princípio, o TCAP era visto como um Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação (TASOE) pela 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM), mas, na elaboração do DSM 5 o TCAP teve o seu diagnóstico separado, definido pela frequência média/mínima de um episódio de compulsão alimentar por semana durante 3 meses (WEYGANDT et al., 2012).

No transtorno da compulsão alimentar periódica os episódios, a frequência e duração dos sintomas são os mesmos que os da bulimia nervosa, porém os pacientes com TCAP não têm comportamentos compensatórios para combater o consumo excessivo dos alimentos. Na maioria das vezes apresentam excesso de peso e obesidade (APA, 2014). Além disso, os pacientes com TCAP apresentaram poucos relatos de dietas restritivas quando comparados a pacientes com BN, que intercalam entre episódios de compulsão e restrição alimentar (GRILO, 2002).

2.2.4 Fatores de risco para transtornos alimentares

Acredita-se que o risco para desenvolver transtornos alimentares possa estar presente em 20% das mulheres jovens, por estas apresentarem frequentemente, comportamentos subclínicos precursores (APA, 1994 & CORDÁS, 1994 apud BOSI et al., 2008). A preocupação das mulheres com o peso corporal, vai além de um cuidado com a saúde ou de uma preocupação com os malefícios do excesso de gordura, podendo ser entendida como expressão – com reflexos no plano biológico – de disputas mercadológicas que se estabelecem no contexto social (MARCONDES, 1993 & CORDÁS,1995 apud VALE et al., 2011).

Alguns autores consideram como fatores predisponentes para transtornos alimentares: sexo feminino; baixa autoestima; traços obsessivos e perfeccionistas (AN) ou impulsividade e ins- tabilidade afetiva (BN); dificuldade em expressar emoções; histórico de transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos da ansiedade (AN) ou dependência de substâncias (BN); tendência à obesidade; alterações da neurotransmissão; abuso sexual; agregação familiar; hereditariedade; histórico familiar de TA; padrões de interação familiar como rigidez; desorganização e falta de cuidados (BN); além dos fatores socioculturais como por exemplo o ideal cultural de magreza (MORGAN et al., 2002; BORGES 2006).

O ideal de magreza veiculado através dos meios de comunicação que impõe a cultura do belo sustentada na ideia de que uma mulher, para ser bonita e socialmente aceita, precisa ser muito magra, levando especialmente as adolescentes aos assim denominados comportamentos e práticas inadequadas para o controle de peso (FAIRBURN & HARRISON, 2003).

Os padrões de beleza impostos pela sociedade enfatizam exageradamente a magreza e a mídia tornou-se um dos mais importantes veículos dos ideais socioculturais (PEDERSEN et al., 2018). As pressões sociais junto com as tensões relacionadas com a faixa etária e desenvolvimento podem alterar o conceito sobre percepção corporal e hábitos alimentares

(BITTENCOURT & ALMEIDA, 2013; MAZZAIA e SANTOS, 2018). A insatisfação corporal leva a uma busca constante pela perda e controle de peso, provocando altos índices de práticas de dietas restritas que, por sua vez, podem trazer consequências prejudiciais ao organismo humano (ZARYCHTA et al., 2018).

De acordo com Zarychta et al. (2018), o ato de fazer dieta refere-se a várias estratégias e comportamentos para, sobretudo, a perda de peso. Dentre essas ferramentas, a exagerada restrição alimentar ganha espaço privilegiado, que é a principal forma de emagrecimento para os indivíduos. A dieta vem se tornando uma prática cada vez mais comum, principalmente entre as mulheres, e costuma ser reflexo de um descontentamento com a própria imagem, sentimento bastante comum entre grande parcela da população. Apesar de sua popularidade, as evidências de que as dietas restritivas não são efetivas para a perda de peso estão cada vez mais presentes, bem como o estudo de seus malefícios. Sabe-se que a prática de dietas restritivas pode contribuir para distúrbios emocionais e cognitivos, além do possível aparecimento de transtornos alimentares (ERSKINE & WHITEFORD, 2018).

Destaca-se também como comportamentos de risco, a autoindução de vômito, uso inadequado de métodos purgativos (laxantes, diuréticos e inibidores de apetite), atividade física em excesso, a compulsão alimentar (Fortes et al., 2016) e a não realização de duas principais refeições ao dia (ROSEN, 1996). Estudo realizado por Nunes et al. (2003), comparou um grupo de mulheres que relataram comportamento alimentar anormal com outro grupo com padrão normal de alimentação. Constatou-se que o grupo com comportamento alimentar anormal apresentava 13 vezes mais chances de desenvolver algum transtorno alimentar, em relação ao grupo controle. Desta forma, compreende-se que métodos inadequados em relação ao controle de peso, podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares (JOHNSON & WARDLE, 2005; NUNES et al., 2003).

Os fatores psicológicos como: a distorção da imagem corporal, distorções cognitivas e pensamentos obsessivos sobre comida e maior necessidade de controle desencadeado pela privação alimentar, junto com fatores interpessoais e culturais (magreza vista como símbolo de sucesso) também atuam perpetuando o transtorno (BORGES et al., 2006; MORGAN et al., 2002).

Embora alguns fatores como sexo, idade, origem étnica, genética e algumas características dos pais, sejam não modificáveis existem outros fatores que são passíveis de intervenção, prevenindo a ocorrência de alguns riscos e desta forma, ajudar a diminuir o número de mortes além de melhorar a qualidade de vida e minimizar problemas com saúde no futuro. (SIDEBOTHAM, 2014).

2.2.5 Prevalência dos Transtornos alimentares

Os transtornos alimentares afetam predominantemente a população feminina, representando 90% dos casos (BUCARETCHI & CORDÁS, 2003). Pesquisas epidemiológicas estimam a prevalência de 0,5% e 3,7% para anorexia nervosa e 1,1% e 4,2% para bulimia nervosa (APA, 2000).

Todavia, tais números são questionáveis pelo fato de que somente os casos mais graves chegam ao conhecimento médico devido a recusa do paciente em procurar ajuda profissional, por não admitir que está doente ou por achar que consegue se tratar sozinho, o que pode implicar em incidência e prevalência subestimadas. Além disso, a prevalência dos transtornos alimentares pode variar se forem consideradas as síndromes parciais, ou seja, pacientes que não apresentam a doença totalmente desenvolvida seja pela presença dos ciclos menstruais, ou pelo fato de a perda de peso não ser tão intensa quanto esperada (BORGES et al., 2006).

Embora estima-se que o perfil dos pacientes com transtornos alimentares seja maioritari- amente adolescentes do sexo feminino, caucasianas, e de alto nível socioeconômico- cultural, atualmente o diagnóstico é dado para indivíduos de todas as idades, níveis socioeconômicos, etnias, gêneros, peso e altura. Podendo acarretar prejuízos tanto psicológicos como sociais e que estão relacionados com o aumento de morbidade e mortalidade nos adolescentes e jovens. (LUDEWIG et al; 2017; BORGES et al., 2006)

Segundo Andrade e Santos (2009, p. 456), relativamente aos jovens do sexo masculino que desenvolvem transtornos alimentares, pouco se sabe sobre como essas mudanças são vivenciadas ou percebidas e como as experiências corporais afetam a imagem que eles constroem da acerca de sua corporeidade. No entanto, é importante ressaltar que a prevalência de transtornos alimentares em homens é relativamente baixa, cerca de 1 caso para cada 10 mulheres diagnosticadas. Além disso, a apresentação de sintomas e a evolução do quadro parecem ser diferentes em homens quando comparados com mulheres (ANDRADE, & SANTOS, 2009).

3 Materiais e Métodos

3.1 Tipo, Local e População de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado com jovens estudantes de São Tomé e Príncipe, alunos de escolas e universidades públicas e particulares. Participaram do estudo 226 estudantes com idades entre 18 e 29 anos.

3.2 Coleta de dados

Tendo em conta o cenário da pandemia, no momento de elaboração do estudo, a coleta dos dados foi realizada exclusivamente de forma online por formulário eletrônico (google forms). Os questionários foram divulgados em redes sociais nomeadamente, Facebook, Instagram e grupos de WhatsApp de modo a alcançar estudantes de qualquer Escola e Universidade do país. No entanto, devido à baixa demanda nas respostas, houve a necessidade de encaminhar o link individualmente para aqueles que possivelmente faziam parte do público-alvo do estudo. Ainda assim, não foi possível atingir o número estimado de participantes. Foram utilizados como instrumentos de investigação, três questionários autoaplicáveis em jovens na faixa etária entre 18 à 29 anos:

1) O primeiro questionário, o questionário socioeconômico, composto por 12 questões fechadas, coletou informações sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda familiar - (APÊNDICE B).

2) O segundo foi um questionário validado no meio científico e clínico para risco para os transtornos alimentares (Eating Attitudes Test EAT-26), na sua versão em português, validado por Bighetti (2003), utilizado para o rastreamento de indivíduos suscetíveis ao desenvolvimento de anorexia e bulimia nervosa; O Teste de Atitudes Alimentares é formado por 26 questões e com 6 opções de respostas. Cada questão se divide em 3 escalas, conferindo 0 a 3 pontos de acordo com a escolha: nunca, raramente, às vezes = 0, frequentemente = 1, muito frequentemente = 2, sempre = 3., escore maior que 20 revela risco para transtorno alimentar. O resultado do teste é a somatória dos valores atribuídos às questões e os autores estabeleceram o ponto de corte de 21 pontos como sendo indicador positivo da possibilidade da existência de Anorexia Nervosa. (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002; BIGHETTI, 2003). – ANEXO A;

3) O terceiro questionário, (Body Shape Questionnaire – BSQ), criado por Cooper, Taylor, Cooper and Fairbum (1987) e traduzido para o português por Cordas e Castilho (1994) para avaliar informações relacionadas com a imagem corporal. Apresenta uma escala Likert com 34 questões autoaplicáveis para mensurar a preocupação com a imagem corporal e com o peso nas últimas 4 semanas. Para cada questão são apresentadas seis opções de resposta sendo: nunca = 1, raramente = 2, às vezes = 3, frequentemente = 4, muito frequentemente = 5, sempre = 6. O resultado é obtido pela soma dos valores assinalados em cada questão. Quando se atinge uma pontuação inferior à 80 considera- se que a pessoa não apresenta insatisfação com a imagem corporal; entre 80 e 110 há uma leve insatisfação; entre 111 e 140 insatisfação

moderada; acima de 140, insatisfação grave. – ANEXO B.

Os questionários foram aplicados no período de maio/2022 a junho/2023. Estes foram divulgados em redes sociais, contendo explicação quanto aos objetivos e forma de preenchimento. Foi possível obter um total de 226 questionários, representando aproximadamente 15% do número amostral definido estatisticamente. Uma das dificuldades em relação a esta coleta esteve relacionada com o tema da pesquisa, por ser um tema pouco abordado na sociedade, levando à recusa de alguns participantes. Os dados coletados foram analisados com o software SPSS. Inicialmente realizaram-se análises das variáveis sociais e demográficas, obtendo-se as medidas descritivas, número de casos (n) e prevalência dos comportamentos de risco.

3.3 Análise Estatística

Os resultados de variáveis categóricas foram expressos em frequência absoluta e proporção. Para as variáveis contínuas, os resultados foram expressos em média e desvio padrão. Foi aplicado o teste de correlação de Pearson para avaliar. Para todas as análises foi considerado o nível de significância estatística de $p>0,05$.

3.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguaçu, sob o parecer n.º 5.357.005, de 19 de abril de 2022. A coleta foi iniciada após o consentimento dos estudantes por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), assegurando aos participantes sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo.

4 Resultados e Discussão

4.1 Resultados

Nesse estudo foram avaliados 226 estudantes do ensino médio e universitários, sendo que 29,2% eram do sexo masculino e 70,8% do sexo feminino, 80,09% tinham entre 18 e 23 anos, 97,3% se declararam solteiros. A distribuição de alunos por escolaridade foi a seguinte: 15,9% estudavam de 8º a 10º ano, 45,1% estudavam o 11º ao 12º ano do ensino médio e 38,9 estudaram o ensino superior, 43,8% tinham a renda mensal superior à 3 salários-mínimos, 38,1% de 2 à 3 salários-mínimos, 18,1% até 1 salário-mínimo, 68,6% declararam ter uma TV na sua residência, 24,8% declararam ter 2 e 3,5% declaram ter 3 ou mais. Quando questionados sobre quantos dias na semana, acessam a internet, 60,6% responderam que acessam a internet diariamente (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da população de estudo segundo características sociodemográficas e econômicas

Característica da população	**n**	**%**
Sexo		
Masculino	66	29,2
Feminino	160	**70,8**
Faixa etária		
18 a 23 anos	181	**80,09**
24 a 29 anos	45	19,91
Estado civil		
Solteiro(a)	220	**97,3**
Casado(a)	6	2,7
Escolaridade		
8º a 12º ano	138	**61**
Superior	88	38,9
Renda mensal familiar		
Até 1 salário	41	18,1
2 a 3 salários	86	38,1
Mais de 3 salários	99	43,8

TV na residência		
0	7	3,1
1 a 2	211	**93,4**
3 ou mais	8	3,5
Uso de internet		
Raramente	9	4
1 a 2 dias	24	10,6
3 a 5 dias	56	24,8
Todos os dias	137	**60,6**

Relativamente às perguntas sobre o comportamento alimentar, os participantes que responderam que já ouviram falar sobre transtornos alimentares, são mais velhos com a média de idade de 22,602. Também apresentaram maiores níveis de insatisfação corporal (média 70,367).

A média das idades dos participantes que responderam que já realizaram alguma dieta ou algum método visando perda ou controle de peso foi de 21,286. O que se assemelha aos que já ouviram falar sobre os transtornos alimentares. No entanto, os participantes que já realizaram alguma dieta apresentaram maiores níveis de EAT-26 e BSQ.

Quando questionados se os seus familiares e amigos fazem comentários negativos sobre o seu corpo, os participantes que responderam, sim, apresentaram maiores níveis para EAT-26 e BSQ. (tabela 2)

Tabela 2 – Perguntas sobre o comportamento alimentar

	Jáouviufalar sobreTA?	**N**	**Média**	**Desvio padrão**	**Erropadrãoda média**
Idade	Não	128	19,461	1,4629	,1293
	Sim	98	**22,602**	2,8959	,2925
Escore final EAT-26	Não	128	3,289	2,5784	,2279
	Sim	98	4,122	4,6646	,4712
BSQTotal	Não	128	62,070	31,9599	2,8249
	Sim	98	**70,367**	28,9779	2,9272
	Já realizou algumadieta?				
Idade	**Não**	163	20,644	2,4587	,1926
	Sim	63	**21,286**	3,199	,4032
Escorefinal EAT-26	**Não**	163	2,687	1,1521	,0902
	Sim	63	**6,143**	6,0050	,7566
BSQTotal	**Não**	163	51,773	20,8274	1,6313
	Sim	63	**101,619**	22,6569	2,8545
	Familiares e amigosfazem comentários negativos?				
Idade	**Não**	126	20,595	2,5399	,2263
	Sim	100	21,110	2,8635	,2867
Escorefinal EAT-26	**Não**	126	3,111	3,0753	,2740
	Sim	100	**4,330**	4,1780	,4178
BSQTotal	**Não**	126	48,206	20,3805	1,8156
	Sim	100	**87,670**	27,7522	2,7752

Com relação às escalas EAT-26 e BSQ, 223 estudantes (98,7%) apresentaram baixo risco para transtornos alimentares. No que diz respeito ao grau de insatisfação corporal, 9,7% apresentaram nível moderado e 1,3% apresentaram nível grave de insatisfação conforme demonstra a tabela 3.

Tabela 3 – Frequência das escalas EAT-26 e BSQ

		Frequência	%	% válida	% acumulativa
EAT-26	Não	223	98,7	98,7	98,7
	Sim	3	1,3	1,3	100,0
	Total	226	100,0	100,0	
BSQ	Sem	153	67,7	67,7	67,7
	Leve	48	21,2	21,2	88,9
	Moderada	22	9,7	9,7	98,7
	Grave	3	1,3	1,3	100
	Total	226	100,0	100,0	

Através da tabela 4 podemos observar que houve uma correlação entre o EAT e BSQ, onde maiores níveis de BSQ tendem a aparecer em estudantes que apresentaram mais sintomas de EAT (r= 0,454; p < 0,01).

Tabela 4 – Correlação entre as variáveis numéricas

		BSQ Escore final		
Cabeçalho		**Idade**	**EAT-26**	**Total**
Idade	Correlação de Pearson	1	-,024	-,006
	Sig. (2 extremidades)		,720	,927
	N	226	226	226
Escore final EAT-26	Correlação de Pearson	-,024	1	,454**
	Sig. (2 extremidades)	,720		,000
	N	226	226	226
BQS Total	Correlação de Pearson	-,006	,454**	1
	Sig. (2 extremidades)	,927	,000	
	N	226	226	226

Quando comparados os sintomas do EAT e BSQ entre homens e mulheres, verificou-se que participantes do sexo feminino apresentaram uma insatisfação corporal maior em comparação aos do sexo masculino (74,081 vs 45,273). (Tabela 5)

Tabela 5 – Tabela de comparação dos sintomas do EAT e BSQ entre homens e mulheres

	Sexo	**N**	**Média**	**Desvio padrão**	**Erro**
Idade	Feminino	160	20,725	2,7172	,2148
	Masculino	66	21,061	2,6421	,3252
Escore fina EAT-26	Feminino	160	3,800	4,0044	,3166
	Masculino	66	3,288	2,5766	,3172
BSQ Total	Feminino	160	**74,081**	29,4321	2,3268
	Masculino	66	**45,273**	24,3320	2,9951

Os resultados da pesquisa mostraram maior prevalência de insatisfação corporal em estudantes com renda mensal superior a 3 salários mínimos. (tabela 6)

Tabela 6 – Tabela de comparação dos sintomas do EAT e BSQ com relação à renda

		Idade	Escore Final EAT	BSQ Total
Até 1 salário	Média	19,707	3,683	51,244
	N	41	41	41
	Desvio padrão	1,9396	4,3729	21,3644
	Mínimo	18,0	1,0	34,0
	Máximo	25	29	109,0
2 a 3 salários	Média	20,802	3,093	60,919
	N	86	86	86
	Desvio padrão	2,3355	2,5094	28,5522
	Mínimo	18,1	1,0	34,
	Máximo	27,0	16,0	141,0
Mais de 3 salários	Média	21,303	4,121	**75,768**
	N	99	99	99
	Desvio padrão	3,1051	4,0965	33,0237
	Mínimo	18,0	1,0	34,0
	Máximo	29,0	23,0	156,0
Total	Média	20,823	3,650	65,668

N	226	226	226
Desvio padrão	2,6940	3,6475	30,9118
Mínimo	18,0	1,0	34,0
Máximo	29,0	29,0	156,0

4.2 Discussão

O presente estudo analisou a frequência de comportamentos de risco para Transtornos Alimentares em estudantes escolares e universitários. A amostra foi composta por 70,8% de participantes do sexo feminino e 29,2% dos participantes do sexo masculino. Com relação ao estado civil, 97,3% dos participantes se declararam solteiros e a maioria (43,8%), possui uma renda mensal superior a três salários mínimos.

A prevalência de risco para transtornos alimentares neste estudo, segundo a escala EAT-26, é inferior à que foi anteriormente encontrada por outros pesquisadores. Como o estudo realizado em 2012 por Legnani e colaboradores, com 229 estudantes universitários de ambos sexos, que avaliou as associações entre excesso de peso, presença de transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal. No referido estudo, os autores verificaram que os estudantes apresentaram 7,3% de risco para TA. O estudo realizado por Silva e colaboradores em 2018, também utilizou a escala EAT-26. Neste, avaliou-se o consumo de formulações emagrecedoras e sua possível associação com o risco de transtornos alimentares em 276 universitários de cursos de saúde de diversos níveis socioeconômicos. Os autores verificaram um risco de 7,6% para transtornos alimentares, resultado que se assemelha ao estudo anterior. Já em outro estudo realizado por O'Hara e colaboradores, foi encontrada uma frequência de 30% de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes universitários. Os autores apontam que o aumento da prevalência dos sintomas de transtornos alimentares em estudantes universitários pode ser atribuído pela maior pressão da sociedade sobre esses futuros profissionais.

A respeito das associações entre a insatisfação com a imagem corporal e o sexo, os resultados encontrados no presente estudo, corroboram com os achados na literatura. O sexo feminino apresentou maior insatisfação corporal com relação ao sexo masculino. O estudo realizado por Martins e colaboradores (2012), analisou a insatisfação com a imagem corporal e a associação com o estado nutricional de estudantes universitários. Verificaram que o sexo feminino apresentou uma maior prevalência de insatisfação corporal em relação ao excesso de peso do que pela magreza, 62,4% e 15,5%, respetivamente. O sexo masculino apresentou uma maior prevalência de insatisfação corporal em relação à magreza (43,8%), do que em relação ao excesso de peso(34,1%).

A relação com a família e amigos, ficou evidenciado como um dos fatores que contribuíram para o desenvolvimento dos fatores para os transtornos alimentares nos estudantes. Quando questionados se seus familiares e amigos fazem comentários negativos sobre o seu corpo, os participantes que responderam "sim", apresentaram maiores níveis para

EAT e BSQ. Segundo Coelho & Pires (2014), o ambiente familiar é o principal referencial, que tanto pode ser positivo quanto negativo, uma vez que proporciona a socialização e interação com o alimento. É onde se constrói o padrão alimentar, os processos cognitivos de sensação, observação e aprendizado, que servirão de base para o estilo de vida. De acordo com Blowers et al. (2003) mulheres jovens percebem como a maior pressão para serem magras, a pressão exercida pelos meios de comunicação, associada com a pressão da família e do grupo de amigas. A aceitação da magreza como padrão de beleza, somada à pressão vinda de familiares, amigos, namorados e da mídia, pode levar a um aumento significativo a curto prazo na insatisfação com o corpo entre os adolescentes.

Os resultados do estudo demonstram que os estudantes que já fizeram dieta apresentaram maiores níveis para EAT e BSQ. O hábito de fazer dieta é algo frequente, principalmente entre indivíduos de sexo feminino, pois tendem a se preocupar mais com o peso (Dutra et al., 2006). Acredita-se que os Transtornos Alimentares (TA) frequentemente começam com uma redução de peso, que pode ser provocada por uma condição de saúde ou por uma dieta com o objetivo de emagrecer, em função de um excesso de peso, seja ele real ou imaginário. (Alvarenga & Dunker, 2004)

Quando questionados sobre quantas vezes acessam a internet por semana, 60,6% (n=137) dos participantes, responderam que acessam a internet diariamente. Estudo realizado por Lira et al. (2017), considera que quanto maior o acesso a redes sociais, revistas de moda, maior a probabilidade em ter insatisfação corporal, existindo também uma alta relação com dificuldades no controle de peso. Observou-se também uma maior insatisfação corporal para aqueles que possuem mais de 3 aparelhos de TV em casa. McCabe e Ricciardelli, (2006) apontam que o grupo social (amizades) assim como a mídia, têm papéis significantes na insatisfação corporal entre os adolescentes do sexo masculino. Adolescentes do sexo feminino encorajadas por amigas têm mais chances de fazer dietas. Estudo realizado na Tanzânia (Eddy, Hennessey & Thompson-Brenner, 2007), relatou uma forte relação entre exposição à mídia e desenvolvimento de transtornos alimentares. Em entrevistas feitas com 214 participantes do sexo feminino, de 13 à 30 anos constataram que aquelas com maior número e severidade de sintomas relacionados a esses distúrbios eram as que mais tinham acesso à televisão, à internet e ao cinema.

Corroborando com os achados anteriores, o estudo realizado por Melo e colaboradores em 2019, com 75 escolares, aponta uma relação significativa ao tempo em que os usuários estão expostos a conteúdos digitais e seus hábitos alimentares. Os estudantes que passavam mais horas acessando e expostos às redes sociais e televisão apresentaram desequilíbrio nos padrões alimentares além de sobrepeso, sedentarismo, menor interação com os familiares e preferência por alimentos gordurosos e industrializados (MELO et al.,2019).

Os resultados deste estudo também mostraram maior prevalência de comportamentos de risco para TAs em estudantes cuja renda mensal familiar é superior à 3 salários mínimos. Alguns estudos vêm relacionando a classe social com o risco para TA, segundo os quais a prevalência para transtornos alimentares é maior em indivíduos com melhor condição socioeconômica. Por outro lado, abserva-se em outros estudos uma variabilidade de prevalência, o que demonstra que a condição socioeconômica não está necessariamente relacionada aos riscos para transtornos alimentares. No estudo realizado por Costa et al., com 2036 estudantes portugueses, onde avaliaram a associação de características psicológicas, biológicas, sociais e familiares e sintomatologia de transtornos alimentares, também observou-se que aqueles com maior nível socioeconômico, apresentaram maior risco para desenvolver TA. Em contrapartida, no estudo realizado por Holling e Schlack (2007) com crianças e adolescentes alemães, com idade entre 11e 17 anos, foi observado que aqueles de baixo nível socioeconômico apresentaram quase duas vezes mais risco para desenvolver TA do que aqueles de classes socioeconômicas mais altas. O estudo realizado com adolescentes equatorianas também observou uma relação entre baixo nível socioeconômico com maiores escores do EAT. (Power et al. 2008)

De acordo com Favoro et al. (2003) o nível de desenvolvimento de uma região pode interferir no desenvolvimento dos transtornos alimentares sem que isso esteja necessariamente associado ao nível socioeconômico da população. Levanta-se também a questão se as regiões menos urbanizadas e industrializadas conseguem resistir à influência da globalização na propagação dos ideais de beleza vinculados à forma do corpo.

No que diz respeito aos aspectos socioculturais, alguns autores questionam a concepção estabelecida de que os transtornos alimentares atingem predominantemente mulheres caucasianas. Até o momento, poucos são os estudos que se propõem a comparar diferentes culturas e grupos étnicos para a prevalência dos TAs e os resultados encontrados são contraditórios. No estudo realizado por Chen e Swalm (1998), foram observados maiores índices de insatisfação corporal em adolescentes americanas do que em adolescentes asiáticas. Um estudo realizado no estado de Minnesota, nos Estados Unidos, mostrou que as adolescentes africanas e as miscigenadas relataram com mais frequência alta satisfação corporal (40,1 e 44,3%, respectivamente). Enquanto hispânicas e asiáticas declararam menos satisfação (19,8 e 20,0%, respectivamente); e que as africanas expressaram quase três vezes mais satisfação corporal do que as caucasianas (Kelly et al., 2005). Em contrapartida, alguns pesquisadores da área concluem que mulheres negras apresentam maiores índices de temor à obesidade do que mulheres caucasianas (Smith, Thompson, Raczinsky & Hilner, 1999).

Não obstante, a maioria das pesquisas atuais aponta que a insatisfação com o corpo, a distorção da imagem corporal e a realização de dietas para perder peso e de exercícios físicos que visam ao emagrecimento ocorrem na mesma proporção para mulheres caucasianas, negras, latinas, índias e asiáticas. É crescente o número de relatos de transtornos alimentares em países em desenvolvimento e em diferentes etnias, o que comprova que o temor da obesidade já é universal no mundo globalizado (O'Dea, 1994).

Destacam-se algumas limitações deste estudo. A utilização de escalas auto aplicáveis

como instrumentos de avaliação poderia induzir a erros nos resultados, pelo viés de resposta. Além disso, por se tratar de um estudo pioneiro sobre transtornos alimentares em São Tomé e Príncipe, não foi possível fazer uma comparação com algum estudo realizado anteriormente com a população em causa. Outra possível limitação é a faixa etária dos participantes, visto que na literatura os comportamentos de risco para Transtornos Alimentares são mais frequentes em adolescentes de 10 a 19 anos. Segundo GONÇALVES et al. (2013), os TA costumam ser mais frequentes na infância e na adolescência, podendo ser prorrogado desde a infância passando pela adolescência até a vida adulta.

5 Conclusão

Este trabalho investigou comportamentos de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens de São Tomé e Príncipe. Os resultados encontrados demonstram uma baixa prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares. No entanto, foi observado uma relação entre a insatisfação corporal e os riscos para desenvolvimento de transtornos alimentares, onde maiores níveis de insatisfação tendem a aparecer em indivíduos que apresentam mais comportamentos de risco para TA. Observou-se maior insatisfação corporal em mulheres, aqueles com renda mensal superior à 3 salários mínimos e aqueles que possuem mais de 3 aparelhos TV em casa. Além disso, com relação à idade, participantes com idades iguais apresentaram comportamentos de risco semelhantes para transtornos alimentares e participantes mais velhos apresentaram maiores níveis de insatisfação corporal. Foi constatado que participantes que já realizaram dieta e aqueles que recebem comentários negativos sobre o corpo, apresentam maiores níveis de insatisfação e risco para TA. Com relação à escolaridade não foi encontrado resultado significativo no EAT nem no BSQ.

Os achados obtidos a partir desse estudo, devem ser comparados e discutidos, considerando pesquisas futuras, pela sua relevância e pelo fato de ser o primeiro estudo sobre os comportamentos de risco para transtornos alimentares em São Tomé e Príncipe. Desta forma, acredita-se que mais pesquisas são necessárias para um maior entendimento da relação entre transtornos alimentares e aspectos socioeconômicos, especificamente culturais. São muito preocupantes os dados sugeridos pelas pesquisas em relação ao alto grau de insatisfação corporal, aos índices de transtornos alimentares, à obesidade, a comportamentos de risco pata TAs, ao uso de laxantes, entre outros. Salienta-se também, a importância da realização de estudos interdisciplinares, que criem e utilizem métodos adequados para a avaliação do impacto da cultura na imagem corporal e nas práticas alimentares.

1 Referência Bibliográficas

ABREU, C. N.; FILHO, R. C. (2005). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista da psicoterapia. Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo, 7(1), 153-165.

ALVARENGA M.S; SCAGLIUSI F.B; PHILIPPI S.T. (2011). Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. Rev Psiq Clín;38(1):3-7

ALVARENGA M, DUNKER KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: Philippi ST, Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. p.131-48.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. (2006) Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. Journal of the American Dietetic Association, 106(12), 2073–2082.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais: DSM-5, São Paulo: Artmed.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). Practice Guideline for the Treat- ment of Patients with Eating Disorders. Am J Psychiatry 157(1) suppl.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Virginia: American Psychiatric Publishing.

AMORAS, D. et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. Revista de Odontologia UNESP, Araraquara, pp. 241-245, 2010.

ANDRADE, T. F., & SANTOS, M. A. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, 12(3), 454-468. https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000300003, 2009.

AZEVEDO, A.P., SANTOS, C.C., FONSECA, D.C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Revista de Psiquiatria Clínica. 31 (4): 170-172, 2004.

BALOTTIN, L.; MANNARINI, S.; MENSI, M. M.; CHIAPPEDI, M.; GATTA, M. (2017). Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders. Frontiers in Psychology, 7, article 2046.

BIGHETTI F. Tradução de validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto [Tese]. Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.

BITENCOURT LJ, ALMEIDA RA. Transtornos alimentares: patologia ou estilo de vida. Psic e Soc. 25(1):220-9, 2013.

BLOWERS, L. C., LOXTON, N. J., GRADY-FLESSER, M., OCCHIPINTI, S. & DAWE, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. Eating Behaviors, 4(3), 229-244.

BORGES, N.J. et al. Transtornos alimentares - quadro clínico. Revista Medicina, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006

BOSI, M. L. M.; LUIZ, R. R.; UCHIMURA, K. Y.; OLIVEIRA, F. P. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. J. Bras Psiquiatr. 2008;57(1):28-33

BUCARETCHI, H. A; CORDÁS, T. A. Distúrbios alimentares: anorexia e bulimia. In:

Quayle J, Lúcia MCS, organizadores. Adoecer: as interações do doente com a sua doença. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 49-60

CARMO, C. C; PEREIRA, P. M. L; CÂNDIDO, A. P. C. Transtornos Alimentares: uma revisão dos aspectos etiológicos e das principais complicações clínicas. HU Revista, Juiz de Fora,
v. 40, n. 3 e 4, p. 173-181, 2014.

Centro Especializado de Transtornos Alimentares (CETA). O que são transtornos alimentares? 2018. Disponível em: https://www.centroceta.com.br/artigo/o-que-sao-os-transtornos- alimentares . Acesso em: 15/02/21

CHEN, W. & SWALM, R. L. (1998). Chinese and American college students' body image: perceived body shape and body affect. Perceptual and Motor Skills, 87, 395-403

CORDÁS, T; HOCHGRAF, P.B. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 42 (1), 141-144, 1993.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. Rev. Psiq. Clin.31 (4); 154-157, 2004

COSTA C, RAMOS E, SEVERO M, BARROS H, LOPES C. Determinants of eating disorders symptomatology in Portuguese adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162:1126- 32.

DUNKER, K. L. L; FERNANDES, C. P. B. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de riscos para transtornos alimentares em adolescentes. Jornal brasileiro de psiquiatria, São Paulo, v. 58, n. 3. 2009.

DUTRA, C.L, ARAÚJO, C,L, BERTOLDI A.D. Prevalência de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22:151-62.

EDDY, K. T., HENNESSEY, M. & THOMPSON-BRENNER, H. (2007). Eating pathology

in East African women - the role of media exposure and globalization. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195(3), 196-202.

ERSKINE, H. E; WHITEFORD, H. A. Epidemiology of binge eating disorder. Curr Opin Psychiatr 2018;31:462-70,

FAIRBURN, C. G; COOPER, P. J. Eating disorders. In: Hawton K. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University Press; 1989. p. 227-31FAIRBURN,
C. G; HARRISON, P. J. Eating disorders. Lancet 2003; 361(9355):407-416

FAVORO, A, FERRARA, S, SANTONASTASO, P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. Psychosom Med. 2003;65:701-8. FEIJÓ, R. B; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. Jornal de Pediatria - Vol. 77, Supl.2, 2001.

FERREIRA, J. E. S.; VEIGA, G. V. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low socio-economic level. Appetite, v. 51, p. 249-255, 2008.

FORTES, L. S; FILGUEIRAS, J. F; OLIVEIRA, F. C; et al. Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo

feminino. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(4):e00024115, abr, 2016.

FRANK, R., CLAUMANN, G. S., PINTO, A. DE A., CORDEIRO, P. C., FELDEN, É. P.

G., & PELEGRINI, A.. (2016). Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal em acadêmicos de Educação Física. Jornal Brasileiro De Psiquiatria, 65(2), 161–167.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O, & FERRER, A. L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. Rev. Latino american de Psicopat. Fund. 17(1), 69-84.

GELIEBTER, A., BENSON, L., PANTAZATOS, S. P., HIRSCH, J., CARNELL, S. (2016). Greater anterior cingulate activation and connectivity in response to visual and auditory high- calorie food cues in binge eating: Preliminary findings. Appetite, v. 96, p. 195–202

GONÇALVES, J. A. et al.(2013) Transtornos alimentares na infância e na adolescência. Rev. Paul.de Pediatria, v. 31, n. 1, p. 96-103

GONÇALVES, V.O., & MARTÍNEZ, J.P. (2014)Imagem corporal de adolescentes: um estudo sobre as relações de gênero e influência da mídia. Comunicação e Informação, 17(2), 139-154. doi: https://doi.org/10.5216/31792.

GRILO, C.M. (2002) Binge eating disorder. In: Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. Fairburn, C.G.; Brownell K.D. (eds). 2 ed., pp. 178-82

HALMI K. A. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry. 2009;8:150-5.

HAY, P.J. (2002) Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. Rev Bras Psiquiatr.

HERCOWITZ, A. Transtornos alimentares na adolescência. Pediatria Moderna, 51(7),

HERCOVICI, C. & BAY, L.(1997) Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas.

HOLLING H, SCHLACK R. (2007) Eating disorders in children and adolescents, first results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.50:794-9.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE - Projeções Demográficas 2012-2035

KANN, L; MCMANUS, T; HARRIS, W. A; et al. Youth Risk Behavior Surveillance – Unitet States, 2015. MMWR Surveill Summ 2016.

KAYE, W; Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. Physiol Behav. 2008; 94:121-135.

KELLY, S. D. et al. Disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes. Diabetes Educ., v. 31, n. 4, p. 572-583, 2005.

KELLY, A. M., WALL, M., EISENBERG, M. E; et al. (2005). Adolescent girls with high body satisfaction: Who are they and what can they teach us? Journal of Adolescent Health, 37, 391-396

KIRSTEN, V. R.; FRATTON, F.; PORTA, N. B. D.Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. Rev. Nutr. Vol. 22.Núm. 2. p. 219-227. 2009

LATTERZA, A.R.; DUNKER, K.L.L.; SCAGLIUSI, F.B.; KEMEN, E.(2004) Tratamento

nutricional dos transtornos alimentares. Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 173-176.

LEGNANI, R.F.S, LEGNANI E, PEREIRA EF, GASPAROTTO GS, VIEIRA LF, CAMPOS W. Transtornos alimentares e imagem corporal em acadêmicos de Educação Física. Motriz. 2012;18(1):84-91.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. (2017). Emotional meanings assigned to eating disorders: Narratives of women with anorexia and bulimia nervosa. Universitas Psychologica, 16(4), 1-13.

LIPSON, S.K, SONNEVILLE, K.R.(2017) Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. Eat Behav.24:81-8.

LIRA, A.G; GANEN, A. P; LODI, A. S; ALVARENGA, M.S. (2017) Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, [S.L.], v. 66, n. 3, p. 164-171.

LUDEWIG, A. M., RECH, R. R., HALPERN, R., ZANOL, F., & FRATA, B.(2017) Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS. Revista da AMRIGS, 61(1), 35-39.

MARTINS,C.R.;ecolaboradores.Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em universitários. Estudos dePsicologia. Vol. 17. Núm. 2. p. 241-246. 2012.

MAZZAIA, M.C; SANTOS, R.M. C. (2018) Fatores de risco para transtornos alimentares em graduandos de enfermagem. Acta Paul Enferm.31(5):456-62.

MCCABE, M. P. & RICCIARDELLI, L. (2006) "Who thinks I need a perfect body?" Perceptions and internal dialogue among adolescents about their bodies Sex Roles: A Journal of Research 9, 1-20.

MELIN, P. & ARAÚJO, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: Um desafio diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(3), 73-76.

MELO, J.C.B; LUSTOZA, G.F; IBIAPINA, D. F. N; LANDIM, L.A.S.R.(2019) Influência
da mídia no consumo de alimentos ultraprocessados e no estado nutricional de escolares. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S.L.], n. 29, p. 10-16, 13 .

MOREIRA D.E, PINHEIRO M.C, CARREIRO D.L. et al. (2017). Transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional: estudo comparativo entre estudantes de Nutrição e de Administração. RASBRAN;8(1):18-25.

MORGAN, C. M. VECCHIATTI, I. R. NEGRÃO, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.24, n.3, p. 18-23.

O'DEA, J. (1994). Food habits, body image and self-esteem of adolescent girl from disadvantaged and non-disadvantaged backgrounds. Australian Journal of Nutrition and Dietetics, 51, 74-78.

O'HARA, L, TAHBOUB-SCHULTE S, TOMAS J. Weight-related teasing and internali- zed weight stigma predict abnormal eating attitudes and behaviours in Emirati female university students. Appetite. 2016;102:44-50.

PEDERSEN, L; HICKS, R. E; ROSENRAUCH, S. (2018). Sociocultural pressure as a mediator of eating disorder symptoms in a non-clinical Australian sample. Cogent Psychol;5:1-15.

PHILIPPI, S. T, ALVARENGA, M. (2004). Transtornos alimentares: uma visão nutricional. In: Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. Barueri: Manole.

PIZON, V; NOGUEIRA, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 158-160.

POWER Y, POWER L, CANADAS MB. (2008). Low socioeconomic status predicts abnormal eating attitudes in Latin American female adolescents. Eat Disord.16:136-45

SIDEBOTHAM, P; FRASER, J; COVINGTON, T; FREEMANTLE, J. et al. (2014) Understanding why children die in high-income countries.

SILVA, G.A, XIMENES, R.C.C, PINTO, T.C.C, CINTRA, J.D.S. et al. (2018) Consumo de formulações emagrecedoras e risco de transtornos alimentares em universitários de cursos de saúde. J Bras Psiquiatr;67(4):239-46.

SIQUEIRA et al. (2015). Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes (QEWP-A): avaliação transcultural e adaptação para o Português. Adolesc. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 29-41.

VALE, A. M. O; KERR, L. R. S; BOSI, M. L. M. (2011). Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva; 16(1):121-132.

VÁZQUEZ-VELÁZQUEZ, V; KAUFER-HORWITZ, M; MÉNDEZ, J. P. et al.(2017). Eating behavior and psychological profile: Associations between daughters with distinct eating disorders and their mothers. BMC Women's Health, 17(74), 1-10.

VITOLO, M. R; BORTOLINI, G. A; HORTA, R. L. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. Rev Psiquiatr;28(1):20-26.

WEINBERG, C. (2010). Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da Anorexia Nervosa. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., 1(2), 224-237.

WEYGANDT, M., SCHAEFER, A., SCHIENLE, A., HAYNES, J. D. (2012). Diagnosing different binge-eating disorders based on reward-related brain activation patterns. Human Brain Mapping, v. 33, n. 9, p. 2135–2

WORLD BANK. Sao Tome and Principe: General aspects. Washington, DC : World Bank Group, 2023. Disponível em:https://www.worldbank.org/pt/country/saotome/overview#1 Acesso em:23/12/23.

ZARYCHTA, K, CHAN, C. K. Y, KRUK, M. et al. (2018) Body satisfaction and body weight in under- and healthy-weight adolescents: mediating effects of restrictive dieting, healthy and unhealthy food intake. Eat Weight Disord ;1-10.

Apêndices

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante: Esta pesquisa insere-se como parte de mestrado acadêmico, cujo tema é “Comportamentos de risco para transtornos alimentares em jovens de São Tomé e Príncipe”, sob a orientação do Prof. Dr. Wanderson Fernandes de Souza. Neste estudo pretendemos estimar a prevalência de possíveis comportamentos de risco para Transtornos Alimentares (TAs) em adolescentes e jovens de São Tomé e Príncipe. A importância de se estudar transtornos alimentares em santomenses se dá pelo fato de que a grande parte da população santomense é constituída por jovens dentro de uma faixa etária onde ocorre a maior incidência dos transtornos alimentares (18 a 29 anos).

Sua forma de participação consiste em eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE, o qual poderá ser impresso se assim o desejar, além do preenchimento de questionário online. Cabe ao participante o preenchimento online de três instrumentos. Após confirmar a participação através desse termo, será então respondido um questionário sociodemográfico, cujo objetivo é identificar questões referentes aos aspectos sociais, econômicos e demográficos do entrevistado. Além de algumas perguntas relacionadas ao comportamento alimentar. O segundo instrumento é o, “Teste de Comportamentos Alimentares (EAT-26), composto por 26 afirmações. Suas respostas podem variar de “sempre” a “nunca” em relação à frequência de comportamentos alimentares que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. O último instrumento, “Questionário sobre a imagem corporal (BSQ)”, onde você irá indicar em qual frequência as situações listadas o incomodaram durante as últimas quatro semanas, variando as respostas de “sempre” à “nunca”.

Para responder estes questionários você deverá dispor de um tempo estimado em 20 (vinte) minutos, podendo desistir da participação a qualquer momento. Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar- se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo algum. O único risco pode ser o de se sentir desconfortável com o conteúdo de alguma pergunta. Caso sinta incomodo durante o preenchimento você é livre para interromper sua participação e entrar em qualquer encaminhamento necessário. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo, e serão omitidas informações que permitam identificá-lo (a). Após a realização da pesquisa, serão realizadas palestras de forma remota, sobre transtornos alimentares de caráter informativo e preventivo para os participantes e os demais interessados através de plataformas digitais a serem divulgadas junto aos participantes que solicitarem cadastrando seus emails na ocasião do preenchimento das escalas. Em caso de dúvida poderá entrar em contato comigo, através do seguinte e-mail: arsr.ramos@gmail.com**.**

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Idade:
Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Separado(a)/Divorciado(a)
Onde reside (Zona/Distrito):

Escolaridade do entrevistado:
( ) 7º ano ( ) 8º ano ( ) 9º ano ( ) 10º ano ( ) 11º ano ( ) 12º ano
( ) Ensino superior
Escola ou Universidade onde estuda:
Curso:
Duração:
Semestre em que está matriculado:

Qual é a ocupação dos pais?
Renda mensal da família: ( ) Menos de 1 salário mínimo. ( ) 1 Salário mínimo. ( ) 1 a 2 salários mínimos. ( ) 3 ou mais salários mínimos.
Tem TV na sua casa? ( ) Sim,1 ( ) Sim,2 ( ) Sim, 3 ou mais ( ) Não tem
Quantos dias acessa a internet por semana? ( ) Todos os dias ( ) 3 a 5 dias ( ) 1 a 2 dias ( ) Raramente
Utiliza redes sociais? ( ) Sim ( ) Não

Já ouviu falar sobre transtornos alimentares? ( ) Sim ( ) Não
Já realizou dieta ou algum método com o objetivo de perda ou controle de peso?
( ) Sim ( ) Não
Seus familiares e amigos opinam sobre seu corpo? ( ) Sim ( ) Não

Anexos

ANEXO A – EAT-26

Gostaríamos de saber como você se sente em relação à sua alimentação. Por favor, leia cada questão e faça um círculo no número apropriado. Use a legenda abaixo:

1) Nunca 4. Frequentemente
2) Raramente 5. Muito frequentemente
3) Às vezes 6. Sempre. Por favor, responda a todas as questões.

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

ANEXO B – BSQ

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 4. Frequentemente

2.Raramente 5. Muito frequentemente

3.Às vezes 6. Sempre

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

1. Sentir-se entediado(a) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupada 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
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição)faz você sentir-se gorda?	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 magras faz você se sentir preocupada 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, mesmo comendo uma quantidade menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres 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 nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?	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?	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?	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 outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada, você fica preocupada 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?	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