



Uma abordagem transversal dos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em universitárias do curso de ciências biológicas da Universidade Estadual de Alagoas

Keyth Daiann Felix Palmeira⁽¹⁾; Maria Silene da Silva⁽²⁾

Página | 156

⁽¹⁾Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Alagoas-UNEAL, e-mail: keuth_kiss@hotmail.com; ⁽²⁾Universidade Estadual de Alagoas – Departamento Biologia – Campus I, e-mail: prof.mariasilene@yahoo.com.

Todo o conteúdo expresso neste artigo é de inteira responsabilidade dos seus autores.

Recebido em: 20 de fevereiro de 2016; Aceito em: 20 de março de 2016. Publicado 06 de novembro 2016. Copyright© Autor, 2016.

RESUMO: Os transtornos alimentares são síndromes influenciadas por fatores psicológicos, biológicos e socioculturais, sendo os mais comuns a bulimia nervosa e anorexia nervosa. Demonstrando que alguns grupos populacionais estão mais susceptíveis ao seu desenvolvimento, este estudo objetivou investigar a prevalência de comportamento sugestivo de transtorno alimentar entre universitárias do Curso de Ciências Biológicas da UNEAL, campus I. Foram aplicados os testes de Atitudes alimentares e o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg em 107 estudantes do sexo feminino, matriculadas nos 2º, 4º e 6º períodos. A média de idade foi de 22,01 anos. Os resultados do teste EAT-26 revelaram que 3,74% das universitárias apresentaram alto risco para o desenvolvimento da anorexia. Os resultados do teste BITE demonstraram que 18,69% das universitárias apresentaram comportamento sugestivo de TA, sendo que 80,00% destas apresentaram padrão alimentar não usual, e 20,00% comportamento anormal sugestivo de bulimia nervosa. As universitárias obtiveram proporção alta de comportamento sugestivo ao desenvolvimento de transtorno alimentar, confirmando que são vulneráveis as síndromes alimentares, manifestando a necessidade de maior atenção à saúde desta população.

Palavras-chave: Transtorno alimentar; Anorexia; Bulimia.

ABSTRACT: Eating disorders syndromes are influenced by psychological factors, biological and sociocultural factors, the most common being bulimia nervosa and anorexia nervosa. Objectives: Demonstrating that some populations are more susceptible to its development, this study aimed to investigate the prevalence of behavior suggestive of eating disorder between university Course of Biological Sciences UNEAL campus I. Material and Methods: Were tested on the EAT-26 and BITE in 107 female students enrolled in the 2nd, 4th and 6th periods. The average age was 22.01 years. Results and Discussion: The results the EAT-26 revealed that 3.74% of the university at high risk for the development of anorexia nervosa. The results of the BITE test showed that 18.69% of university suggestive behavior eating disorder, and 80.00% of these had unusual eating patterns, and 20.00% abnormal behavior suggestive of bulimia nervosa. Conclusion: The university had high proportion of behavior suggestive of eating disorder, confirming that they are vulnerable to food syndromes, showing the need for greater attention to the health of this population.

Keywords: Eating Disorder, Anorexia, Bulimia.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) requerem cada vez mais atenção por apresentarem graus significativos de morbidade e mortalidade. Essas síndromes têm origem multifatorial e sua prevalência tem aumentado na população em geral e principalmente em mulheres (PIRES, *et. al.*, 2010). Os TA são síndromes que produzem marcantes prejuízos psicológicos, sociais e o aumento de morbidade e mortalidade para o portador além de trazer sofrimento também, para seus familiares (CORDÁS, 2004).

Dentre os TA, os mais comuns e mais bem definidos, sob o ponto de vista patológico, são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Tais síndromes relacionam-se intimamente, visto que seus portadores apresentam em comum uma ideia prevalente que envolve a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, o que os leva a utilizar métodos inapropriados para perda de peso, impulsionando o seu desenvolvimento (APA, 1995). Os métodos utilizados são jejum, vômitos, uso de laxantes, uso crônico de remédios, realização de dietas, dentre outros, tudo isso para alcançar o corpo considerado “ideal” (DSM-IV, 1995).

As síndromes alimentares são frequentemente consideradas quadros clínicos ligados à modernidade e o avanço da mídia nas últimas décadas tem se dado papel de relevância quase causal. Baseados em tais valores, as dietas restritivas e cirurgias plásticas transmitem a ilusão de que o corpo é infinitamente maleável (MORGAN et al., 2002). O padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação e pelo convívio social parece exercer um efeito marcante sobre as mulheres. Pertencer a grupos profissionais que utilizam o corpo como instrumento de trabalho como atletas, bailarinas, modelos e nutricionistas reforçam a demanda por um corpo muito magro, aumentando o risco de TA (NUNES et al., 1994).

Estudos realizados com Universitárias ingressadas em cursos vinculados às áreas Biomédicas, Educação e Humanidades em diversas Universidades do país, demonstraram que elas têm sido citadas como suscetíveis ao desenvolvimento destes transtornos, principalmente aquelas inseridas nos cursos de nutrição e medicina, visto que, atuam em áreas nas quais a “boa aparência” pode ser uma importante medida de valor pessoal rumo a uma profissão de sucesso (SOARES, et al., 2009; FIATES e SALLES, 2001).

Pesquisas apontam um grau epidemiológico considerável nas Universitárias, principalmente aquelas ligadas a cursos do Núcleo de Ciências Biológicas e Saúde, sendo destacado como um grupo mais vulnerável e suscetível ao desenvolvimento de TA, pois trata-se de uma população inserida em ambiente sujeito a grande possibilidade dessas

alterações de comportamentos alimentares (PIRES et al.,2010; DUNKER e PHILIPPI, 2003).

Desta forma foram utilizados testes auto-preenchíveis em versão brasileira, o Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test – EAT-26*) e o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh - BITE*) que são os mais utilizados, visto que, apresentam boa reprodutibilidade das aferições além de possibilitar a identificação de fatores de risco, que levam ao desenvolvimento de TA (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005).

O objetivo desse estudo foi de investigar a prevalência e possíveis fatores de risco associados ao desenvolvimento de comportamento sugestivo de transtorno alimentar (CSTA) entre universitárias do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Alagoas, campus I.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de delineamento transversal com 202 alunas regularmente matriculadas no 2º, 4º, 6º e 8º períodos do curso de Ciências Biológicas, destas 107 foram consideradas aptas a participar do estudo, seguindo os seguintes critérios de exclusão: o não preenchimento completo do questionário (0,50%), a recusa em participar do estudo (0%), ausência em sala de aula no dia da coleta de dados (22,77%) e legitimar gravidez no período de aplicação (0,50%). Além disso, as estudantes do 8º período foram excluídas da pesquisa, pois estavam realizando o estágio fora do campus universitário (23,27%). A amostra foi então composta por 107 voluntárias (52,97%). A escolha pelo sexo feminino deveu-se à maior prevalência de transtornos alimentares nesse grupo (CORDÁS e NEVES, 1999). Todas as que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas com o protocolo de número 012243/11-01.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de Junho a Agosto de 2011, foram utilizados os seguintes testes Autoaplicáveis:

1. Questionário estruturado relativo aos aspectos sociodemográficos.

2. Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test* – EAT-26): O instrumento EAT-26 é composto por 26 questões dirigidas à sintomatologia anoréxica, podendo variar de 0 a 78 pontos. Apresenta respostas em escala Likert, onde a opção “sempre” vale 3 pontos, “muito frequentemente” 2 pontos; “frequentemente” 1 ponto e as demais: “às vezes”, “raramente” e “nunca”, não recebem pontuação. Se a voluntária atingir pontuação igual ou maior que 20, significa que ela está propensa a desenvolver anormalidades no seu comportamento alimentar, porém, se sua pontuação for menor de 20 significa ausência de transtorno alimentar (NUNES et al., 1994).|

3. Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* — BITE): Neste teste o número de pontos de sintomas é variável entre 0 a 30 pontos (BITESCORE), onde os itens 1, 13, 21, 23 e 31, se assinalado “não” (1 ponto), se assinalado “sim”, não pontua-se. Os demais itens, se assinalado “sim” (1 ponto) e “não”, ausência de pontuação. Quando no teste for atingindo menos de 10 pontos indica a ausência de comportamento alimentar anormal, entre 10 a 19 pontos indica comportamento alimentar de risco, sugerindo-se um padrão alimentar não usual, mas não estão presentes todos os critérios para bulimia, valores maiores ou iguais a 20 indicam comportamento alimentar anormal, ou seja, há a presença de comportamento alimentar compulsivo com grande possibilidade de bulimia. Além disso, é possível analisar a escala de gravidade de comportamento alimentar anormal a partir das questões 6, 7 e 27 obtendo a frequência com que ocorrem os sintomas bulímicos. Na avaliação de uso de dieta restritiva para emagrecimento, foram utilizadas as opções: “somente uma vez”; “de vez em quando”; “uma vez por semana”; “2 a 3 vezes por semana”, e “dias alternados” (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; CORDÁS, 1999).

4. Para análise da autopercepção corporal, a avaliação se deteve por meio de duas variáveis, que mediam a percepção de forma indireta, construída pela diferença do peso que as mulheres referiam como seu peso ideal e o peso aferido no momento da entrevista, e a forma direta, na qual as mulheres foram perguntadas diretamente como elas apreciavam-se: gordas, normais ou magras. A questão foi “Como você se sente em relação ao seu peso?”, com opções – (a) **medida indireta de percepção do peso corporal**: resultando em uma variável de três categorias: (1) peso ideal menor do que o peso aferido – considerado como desejo de pesar menos; (2) peso ideal igual (± 2 kg) ao peso aferido – considerado como desejo de permanecer com o mesmo peso; e (3) peso ideal maior do que o peso aferido – considerado como desejo de pesar mais; e (b) **autopercepção do peso corporal**: ou seja, como a mulher avalia seu peso (NUNES et al., 1994; BOSI, et al., 2006).

A escolha dos devidos testes se deveu ao fato de serem os mais utilizados para rastreamento de TA na população, por terem fácil administração, eficiência e economia no tempo, permitindo identificar comedores compulsivos e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais, indicando sintomas e grau de gravidade, além de apresentarem propriedades psicométricas adequadas (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; CORDÁS, 1999; FREITAS et al., 2002).

O questionário foi aplicado em salas de aula de cada unidade acadêmica, dentro do turno no qual a universitária estava regularmente matriculada. Após o término do preenchimento dos questionários, impreterivelmente, foram coletados os dados antropométricos peso e altura. Para tais fins utilizou-se, uma balança de alumínio. Para a medida da altura, utilizou-se uma trena de alumínio, para isso foi necessário que as universitárias ficassem de pé, viradas de costas, descalças, eretas, braços estendidos e pés unidos e encostados à parede. No momento da aferição foi utilizada uma régua de madeira colocada rente à cabeça, para maior precisão da medida (MAGALHÃES e MENDONÇA, 2005; GORDON, CHUMLEA e ROCHE, 1998).

A descrição geral dos dados foi apresentada e armazenada utilizando o programa *Microsoft Office Excel* versão 2003. Os dados gerais coletados foram demonstrados por frequências simples e relativas com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Foram estimadas correlações entre as variáveis investigadas no grupo amostral através do programa SPSS 15.0, para isso foi utilizado o teste de Pearson. Os níveis de significância estatística foram estabelecidos em $p < 0,01$ e $p < 0,05$ (FIGUIREDO-FILHO, 2009).

RESULTADOS

Observou-se que a média de idade das universitárias é de 22,01 anos, com Desvio Padrão (DP) = 1,69, sendo que 86,92% faziam parte da faixa etária entre 16 e 25 anos. A grande maioria (73,83%) mora com os pais, e 50,47% trabalham, além de estudar. A renda familiar prevalente (75,70%) ficou entre $<$ ou $=$ 3 salários mínimos.

O IMC demonstrou que 14,95% das meninas estão abaixo do peso, enquanto 7,48% estão com sobrepeso e 1,87% caracterizam obesidade. Já em relação à autopercepção corporal direta, 42,06% considera-se normal em relação ao seu peso, 29,91% avaliam-se magras e 24,30% se dizem gordas, e a autopercepção corporal indireta demonstrou que 45,79% delas desejam permanecer com o peso atual, 28,04% desejam pesar menos e 26,17% desejam pesar mais (Tabela 1).

Na Tabela 2 é possível perceber que, de acordo com o EAT-26 (escores ≥ 21), 3,74% das universitárias apresentaram resultados de comportamento sugestivo de transtorno alimentar – anorexia nervosa. Tratando-se de CSTA – Bulimia Nervosa, o BITE sinalizou que 18,69% das universitárias apresentaram comportamento sugestivo de transtorno alimentar, sendo que 14,95% destas apresentaram padrão alimentar de risco e 3,74% de comportamento anormal com possibilidade de BN. Dentre aquelas que sinalizaram como positivo os valores de BITE, 80,00% fazem parte do grupo com padrão alimentar não usual, e 20,00% comportamento anormal sugestivo de bulimia nervosa. Ao se considerarem os dois instrumentos juntos, a prevalência de comportamento sugestivo de transtorno alimentar na população estudada foi de 20,56%.

A prevalência de CSTA revelou-se maior (72,73%), entre as universitárias que apresentaram menor renda menor ou igual a 3 salários mínimos, uma média de 12,82 das universitárias com síndromes alimentares pertencem a classes sociais mais baixas. Pelas categorias nutricionais é possível constatar que a maior frequência estava entre as classificadas como normais (81,82%) seguidas daquelas consideradas de baixo-peso e sobrepeso com 9,09% respectivamente (Tabela 3).

Tratando-se da autopercepção corporal, na avaliação direta 54,55% das universitárias referiram ser gordas. Essa associação com CSTA é positiva, visto que apenas 9,09% realmente estavam acima do peso normal no período da pesquisa, e 36,36% avaliaram-se normal. A grande maioria, 81,82%, apresentavam-se com peso normal. Já na avaliação indireta, 50,00% das voluntárias desejam pesar menos (perder mais de 3Kg), 31,82% desejam permanecer com o peso aferido (=/- 2Kg do peso aferido) e apenas 18,18% desejam pesar mais (ganhar mais de 3Kg).

Isso que dizer que a percepção corporal distorcida exerce impacto no desencadeamento de CSTA maior ainda do que o peso real do corpo (IMC), visto que a alta prevalência de TA pode estar ligada à propagação do ideal de magreza.

É possível perceber na tabela 4 que as variáveis ACD (Autopercepção Corporal Direta) e ACI (Autopercepção Corporal Indireta) possuem uma correlação negativa estatisticamente significativa (ACD $-0,0342^{**}$ e ACI $-0,199^*$). Isso quer dizer que à medida que a variável CSTA declina, seus valores também declinam, sugerindo uma forte relação entre as mesmas.

Para avaliar se havia correlação significativa entre os fatores estudados na pesquisa e as 22 estudantes que apresentaram risco de desenvolvimento ou de presença de TA, foi realizada a estatística com esta amostra. Os dados mostraram que os fatores mais colaborativos para o desenvolvimento de TA são a ACI ($0,711^{**}$) e o IMC ($0,488^*$)

ambos correlacionaram-se positivamente com a presença de CSTA, como é possível visualizar na tabela 5.

Desta forma por serem considerados critérios bastante relevantes no estudo, foi feita a junção das duas variáveis de autopercepção corporal (ACD e ACI) onde é possível ver que a frequência de CSTA foi maior entre aquelas que se avaliam gorda e desejam pesar menos (figura 1).

DISCUSSÃO

As voluntárias aqui estudadas obtiveram valores médios semelhantes a outros estudos registrados com universitárias, no qual foi aplicada a mesma metodologia. Os resultados também se aproximam dos encontrados por Pires *et al.* (2010) no estado do Ceará e Magalhães (2005) na cidade do Rio de Janeiro, os quais avaliaram os principais TA, a prevalência que envolve a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, o que os leva a utilizar métodos inapropriados para perda de peso.

Fiates & Salles (2001) buscando identificar fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares em Universitárias, entre 18 a 25 anos, encontraram um percentual em torno de 22% de voluntárias com comportamento favorável aos distúrbios alimentares.

Caracterizando práticas alimentares e fatores associados a transtornos do comportamento alimentar em universitárias com idade média 20,9 anos, encontraram 14 a 21% de positividade de EAT-26 (MAGALHÃES e MENDONÇA *et al.*, 2005; BOSI *et al.*, 2006).

Tratando-se de CSTA – Bulimia Nervosa, o estudo sinalizou que as universitárias apresentam comportamento anormal sugestivo com chance de desenvolver TA.

Ao se considerarem os dois instrumentos juntos, obteve-se prevalência significativa de comportamento sugestivo de transtorno alimentar na população um tanto inferior ao encontrado em Bosi *et al.* (2006) e Magalhães (2005). A partir destes resultados corrobora-se ao encontrado na literatura, apresentando-se as universitárias como um grupo vulnerável aos TA.

A avaliação da autopercepção a qual foi considerada um critério forte para desenvolvimento de TA, também foi observada por Nunes *et al.* (2001) onde poucas estudantes foram classificadas como acima do peso porém quase o dobro da amostra

considerava-se gorda e destas pouco menos que 50% ostentaram CSTA. Entre as mulheres com IMC normal, em torno de 25% apresentavam comportamento alimentar de risco. Das mulheres que se consideravam gordas 47% apresentaram comportamento alimentar de risco.

CONCLUSÃO

A amostra estudada obteve prevalência de CSTA, certificando que as universitárias do curso de Ciências Biológicas são vulneráveis a estas síndromes alimentares. A prevalência do grupo de risco é maior entre as mais jovens, às que têm a imagem corporal distorcida, às que vivem com pais e as que não atuam profissionalmente, explicitando fatores de risco que não se devem ignorar.

A distorção da imagem corporal foi a correlação mais significativa dentre os fatores de risco. Ela é incentivada por razões multifatoriais, como psicológicas, ambientais ou individuais, e sendo um importante fator de risco de patologias relacionadas com o desenvolvimento de TA, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. A variável idade, mesmo não atribuindo valor significativo de correlação, não pode ser ignorada.

REFERÊNCIAS

1. APA - Associação Americana Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Disponível em: <<http://www.apa.org/>>.
2. BOSI, MLM, Luiz, RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição no Rio de Janeiro. **J. Bras. Psiquiatr.** 2006; 55(1): 34-40.
3. CORDÁS, TA, NEVES, JEP. Escalas de Avaliação em transtornos alimentares. **Rev. de Psiquiatr Clin.** 1999; 26 (1):41-7.
4. CORDÁS, TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. Psiq. Clin.** 2004; 31(4); 154-157.
5. DSM-IV - Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/cla/d_alimentar.htm>

6. DUNKER, KLL, PHILIPPI, ST. Hábitos e comportamentos de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**. 2003; 16(1): 41-50.
7. FIATES, GMR, SALLES, RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Rev. de Nutrição**. 2001; 14(3):3-6.
8. FIGUEIREDO-FILHO, DB, SILVA-JÚNIOR, JA. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Ver. Política Hoje**. 2009; 18(1):115-146.
9. FREITAS, S; GORENSTEIN, C; APPOLINÁRIO, JC. Instrumento para avaliação dos transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr**. 2002; 24(3):34-38.
10. GORDON, CC; CHUMLEA, WC; ROCHE AF. Stature, reambient length, and weight. In: Lohman, TG, Roche, AF, Martonell, R. **Antropometric standardization reference manual**. 1988. pp.1-8, Champaign: Illinois: Human Kinetics Books.
11. MAGALHÃES, VC; MENDONÇA, GAS. **Comportamento sugestivo de transtorno alimentar: um estudo com universitárias recém-ingressas em uma instituição pública no município do Rio de Janeiro**. 2005.
12. MAGALHÃES, VC; MENDONÇA, GAS. **Transtornos Alimentares em Universitárias: Estudo de Confiabilidade da Versão Brasileira de Questionários Autopreenchíveis**. 2005.
13. MORGAN, CM; VECCHIATTI, IR; NEGRÃO, AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 2002; 24:18-23.
14. NUNES, MA; BAGATINI, LF; ABUCHAIM, AL; KUNG, A; RAMOS, D; SILVA, JÁ; SOMEUZI, L; PINHEIRO, A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). **Rev ABP-APAL**. 1994 16(1): 7- 01.
15. PIRES, R; PINTO, J; SANTOS, G; SANTOS, S; ZRAIK, H; TORRES, L; RAMOS, M. Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Rev. Medicina**. 2010; 89(2):115-23.
16. PIRES, R; PINTO, J; SANTOS, G; SANTOS, S; ZRAIK, H; TORRES, L; RAMOS, M. Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Rev. Medicina**. 2010; 89(2):115-23.

17. SOARES, LM; ANDRADE, AP; RUMIN, CR; MOLINA, CMGL. Presença de transtornos alimentares em universitárias dos cursos de Nutrição, Educação Física e Psicologia. **Omnia Saúde**. 2009; 6:1-13.
18. SOUZA, FGM, MARTINS, MCR., Monteiro FCC, Menezes Neto GC, Ribeiro IB. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. **Rev Psiq Clin**. 2002; 29(4):172-80.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis do estudo e Descrição da População. n= amostra; IC=

Variáveis	n	(%)	IC (95%)
Faixa Etária			
16-25 Anos	93	86,92	86 - 87,84
26-35 Anos	13	12,15	11,23 - 13,07
36-45 Anos	1	0,93	0,01 - 1,85
Atividade Profissional			
Trabalham	54	50,47	49,11 - 51,83
Sem atividade	53	49,53	48,17 - 50,89
Renda Familiar			
< OU = 3	81	75,70	74,87 - 76,53
4 A 6	23	21,50	20,67 - 22,33
7 A 10	3	2,80	1,97 - 3,63
11 A 20	0	0,00	-
> OU = 21	0	0,00	-
Situação de Moradia			
Pais	79	73,83	72,93 - 74,73
Marido ou Companheiro	13	12,15	11,25 - 13,05
Sozinho	2	1,87	0,97 - 2,77
Filhos	0	0,00	-
Outros	13	12,15	11,25 - 13,05
Autopercepção Corporal Direta			
Gorda	28	26,17	25,97 - 26,37
Normal	45	42,06	41,86 - 42,26
Magra	34	31,78	31,58 - 31,98
Autopercepção Corporal Indireta			
Desejo de pesar menos	30	28,04	26,95 - 29,13
Desejo de permanecer c/ o mesmo peso	49	45,79	44,7 - 46,88
Desejo de pesar mais	28	26,17	25,08 - 27,26
Estado Nutricional (IMC)			
Abaixo do peso	16	14,95	14,01 - 15,89
Normal	81	75,70	74,76 - 76,64
Sobrepeso	8	7,48	6,54 - 8,42
Obesidade	2	1,87	0,93 - 2,81

Tabela 2 - Distribuição de frequências de EAT-26, BITE e EAT-26 +BITE em universitárias através de questionários autopreenchíveis. EAT-26 *Eating Attitudes Test* BITE *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh*

	n	(%)	IC 95%
EAT- 26			
EAT - 26 +	4	3,74	3,18 - 4,3
EAT - 26 -	103	96,26	95,7 - 96,82
BITE			
Padrão Alimentar de Risco	16	14,95	13,98 - 15,92
Comportamento Anormal	4	3,74	2,77 - 4,71
Ausência de Transtorno Alimentar	87	81,31	80,34 - 82,28
EAT- 26 + BITE			
Comportamento Normal	85	79,44	78,31 - 80,57
Comportamento Anormal	22	20,56	19,43 - 21,69

Tabela 4 - Correlação de Pearson (r) entre CSTA e as demais variáveis do estudo. n=107. CSTA = Comportamento Sugestivo de Transtorno Alimentar

	CSTA
Idade	0,08
Profissional	-0,096
Moradia	0,068
ACD	-0,342**
ACI	-0,199*
IMC	-0,049

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 5 - Correlação de Pearson (r) das universitárias com CSTA entre as variáveis do estudo e ACD. n = 22. CSTA= Comportamento Sugestivo de Transtorno Alimentar. ACD= Autopercepção Corporal Direta

	ACD
Idade	0,335
Profissional	-0,197
Moradia	-0,249
ACI	0,711**
IMC	0,488*

*p<0,05

**p<0,01

Tabela 3 - Frequência de CSTA associadas à faixa etária, atividade profissional, renda familiar, situação de moradia, avaliação nutricional, autopercepção corporal direta e autopercepção corporal indireta, em universitárias. CSTA = Comportamento Sugestivo de Transtorno Alimentar; n= número de sujeitos.

Variáveis	n	(%)	IC 95%
Faixa Etária			
16-25 Anos	20	90,91	90,19 - 91,63
26-35 Anos	2	9,09	8,37 - 9,81
36-45 Anos	0	0,00	-
Atividade Profissional			
Trabalham	8	36,36	34,41 - 38,31
Sem atividade	14	63,64	61,69 - 65,59
Renda Familiar			
< OU = 3	16	72,73	70,27 - 75,19
4 A 6	5	22,73	20,27 - 25,19
7 A 10	1	4,55	2,09 - 7,01
11 A 20	0	0,00	-
> OU = 21	0	0,00	-
Situação de Moradia			
Pais	18	81,82	81,17 - 82,47
Marido ou Companheiro	2	9,09	8,44 - 9,74
Sozinho	0	0,00	-
Filhos	0	0,00	-
Outros	2	9,09	8,44 - 9,74
Autopercepção Corporal Direta			
Gorda	12	54,55	53,28 - 55,82
Normal	8	36,36	35,09 - 37,63
Magra	2	9,09	7,82 - 10,36
Autopercepção Corporal Indireta			
Desejo de pesar menos	11	50,00	48,86 - 51,14
Desejo de permanecer c/ o mesmo peso	7	31,82	30,68 - 32,96
Desejo de pesar mais	4	18,18	17,04 - 19,32
Estado Nutricional (IMC)			
Abaixo do peso	2	9,09	8,44 - 9,74
Normal	18	81,82	81,17 - 82,47
Sobrepeso	2	9,09	8,44 - 9,74
Obesidade	0	0,00	-

Figura 1 - Frequência de CSTA entre Autopercepção Corporal Direta (ACD) e Autopercepção Corporal Indireta (ACI). CSTA= Comportamento Sugestivo de Transtorno Alimentar.

