

Prevalência das doenças do comportamento alimentar

MARIA DOS ANJOS DIXE (*)

INTRODUÇÃO

Um dos principais objectivos dos estudos epidemiológicos consiste em determinar a extensão da morbidade numa população específica a fim de entender as possíveis causas e desenvolver acções de tratamento eficazes. A estatística epidemiológica é expressa em termos de incidência e de prevalência. Enquanto os estudos de prevalência servem para comparar populações situadas em diferentes países, regiões ou locais, os estudos de incidência servem para avaliar a evolução da doença (Hsu, 1996; Sampaio et al., 1999).

Os vários estudos realizados apontam para valores, por vezes, muito díspares quanto à incidência e prevalência deste tipo de patologias. Várias são as razões para que isto aconteça:

- a) Mudança dos critérios de diagnóstico de anorexia e bulimia ao longo destes últimos trinta anos;
- b) Diferentes critérios de inclusão das populações em estudo, ou seja, alguns estudos

incluem síndromes parciais enquanto outros não;

- c) Diferentes métodos na forma como se obteve o diagnóstico (questionário, histórias clínicas, entrevistas ou outros);
- d) Alterações dos serviços de cuidados de saúde;
- e) Acesso precoce a tratamentos médicos e desmistificação do estigma dos serviços mentais (Fombonne, 1995, 1996; Hsu, 1996).

No entanto, alguns dados são consistentes em todos os estudos. Em primeiro lugar, a prevalência da anorexia nervosa é menos frequente que a bulimia nervosa. Em segundo, o início da anorexia é em idades mais recentes comparada com a bulimia nervosa. Finalmente nas culturas não ocidentais há um aumento à medida que os países se vão desenvolvendo (DSM IV, 1995; Fombonne, 1995, 1996; Sampaio et al., 1999; Gouveia, 2000).

Para a anorexia nervosa as taxas de prevalência são de 0,5% a 1,% sendo que mais de 90% de casos surge nas mulheres. De um modo geral, os estudos em diversos países mostram que a idade em que a anorexia ocorre estende-se dos 10 aos 25 anos, embora se tenha encontrado casos que surgiram antes ou depois destas idades. A predominância de casos diagnosticados quanto à idade situa-se, em vários estudos, entre os 13 e os 14 anos

(*) Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal. E-mail: manjos@esslei.iplleiria.pt / mdixe@megamail.pt

e, noutros, entre os 15 e os 19 anos. É uma doença essencialmente do sexo feminino (DSM IV, 1995).

Os estudos de prevalência da bulimia nervosa em adolescentes ou mulheres jovens da população geral apontam para prevalências entre 1% a 3%, embora esses valores possam ser inferiores à ocorrência da bulimia na população em geral dado que os indivíduos com distúrbios alimentares recusam participar nos estudos epidemiológicos (Fairburn, Hay & Welch, 1993; Hoek, 1995; DSM IV, 1995).

Os problemas associados à definição de casos clínicos, a inclusão ou exclusão de casos parciais ou sub clínicos, indispensáveis para o estudo dos factores causais, a baixa prevalência, a selecção de amostras representativas e adequadas fora de ambientes hospitalares e, finalmente, a tendência que estes indivíduos têm para ocultarem ou negarem estas patologias levantam muitas dificuldades à investigação epidemiológica.

METODOLOGIA

Para este estudo foram definidos os seguintes objectivos: Avaliar a prevalência das doenças do comportamento alimentar numa população não clínica de estudantes; Identificar a população em risco para as doenças do comportamento alimentar.

Para a concretização dos objectivos realizámos um estudo não experimental, transversal, correlacional de tipo quantitativo. O estudo realizado incidiu sobre 1388 estudantes do ensino secundário e superior da zona centro de Portugal. Incluímos estudantes de ambos os sexos em virtude de não existirem muitos estudos analisando esta problemática nos rapazes. Neste sentido, a amostra final dependeu dos seguintes critérios de inclusão/exclusão:

a) Critérios de inclusão

- Voluntários de ambos os sexos;
- Idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos;
- Preenchimento de um questionário sem recusa de peso e altura.

b) Critérios de exclusão

- Não terem sido pesados ou medidos (vários questionários foram excluídos em virtude de alguns participantes recusarem a pesar-se);
- Terem sido diagnosticados com doença do comportamento alimentar e estarem em tratamento;

- Preenchimento incorrecto dos questionários.

Os 1388 indivíduos foram divididos em dois grupos etários (14-17 anos e 18-25 anos) e por sexo, tendo ficado 285 rapazes e 349 raparigas no primeiro grupo etário e 164 rapazes e 590 raparigas no segundo. Todos os estudantes preencheram um questionário anónimo composto por:

- Dados sociodemográficos (idade e género).
- História recente do peso (peso, altura, satisfação com o peso actual, Desejo do inquirido ter outro peso).
- EDI 1 (*Multidimensional Eating Disorders Inventory*). Com o EDI 1 pretendemos avaliar a sintomatologia alimentar e dividir a amostra em dois grupos: grupo de risco para as doenças do comportamento alimentar e grupo de controlo.
- Critérios do DSM IV para a anorexia e bulimia (Distorção da imagem corporal; Métodos de controlo de peso; Medo de ficar gordo/ganhar peso; Episódios de ingestão compulsiva de alimentos; Período menstrual nas raparigas e Perda ou diminuição do interesse e da potência sexual nos rapazes).

Para a determinação da prevalência da anorexia e bulimia, os critérios referidos anteriormente foram conjugados da seguinte forma:

Anorexia nervosa do tipo restritivo

Medo de ganhar peso; Índice de massa corporal inferior a 20; Distorção da imagem corporal e Ausência do período menstrual nas raparigas e perda ou diminuição do interesse e potência sexual nos rapazes.

Anorexia do tipo ingestão compulsiva/tipo purgativo

Episódios de ingestão alimentar compulsiva pelo menos duas vezes por semana; Métodos de controlo de peso pelo menos duas vezes por semana; Índice de massa corporal inferior a vinte e Ausência do período menstrual nas raparigas; perda do interesse sexual e potência nos rapazes.

Situações sub clínicas

O inquirido apresenta todos os critérios para anorexia, mas apresenta período menstrual, se for do sexo feminino, e não apresenta perda ou dimi-

nuição do interesse e da potência sexual, se for do sexo masculino.

Quanto aos procedimentos efectuados para a recolha de dados foram seguidos alguns passos. Em primeiro lugar, foram seleccionadas as instituições de ensino secundário e superior localizadas na região centro. Em segundo lugar, foi enviado aos dirigentes das referidas instituições um pedido escrito, juntamente com os instrumentos, objectivos e interesse do estudo, com a finalidade de contactarmos com a sua colaboração e ajuda. Posteriormente, com os dirigentes das instituições que responderam atempadamente ao pedido de colaboração, realizámos uma reunião a fim de se organizar o procedimento concreto a seguir em cada instituição.

Antes de se iniciar o estudo, os alunos foram informados da natureza e objectivos do estudo, da confidencialidade dos resultados e do carácter não obrigatório da sua participação. O tempo de recolha de dados por instituição, na maioria dos casos, chegou a 60 minutos. Durante este tempo para além de completarem o questionário, os alunos foram pesados (descalços e com roupa ligeira) e foi determinada a sua altura.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Devido ao volume de informação os dados serão apresentados e discutidos em simultâneo a fim de tornar a exposição menos árida. De salientar igualmente que serão apontados os dados mais relevantes.

História recente do peso

Quanto ao *índice de massa corporal*, verificamos que 28,0% dos rapazes e 42,4% de raparigas com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos apresentaram um IMC < 20. Nos participantes com idades compreendidas entre os 18 e 25 anos, 30,3% das raparigas e 16,5% de rapazes apresentaram um IMC < 20. Relativamente à tendência para a obesidade (IMC > 25), no grupo I (14 aos 17 anos) as diferenças entre as raparigas (8%) e os rapazes (8,8%) é pequena, sendo as diferenças no grupo II (18 aos 25 anos) maiores (21,3% para os rapazes contra 11,2% nas raparigas). De referir que as diferenças entre o IMC e o género dos inquiridos por classe etária tem significado estatístico ($p < 0,01$)

Quando questionados sobre a *satisfação pelo peso actual*, 52,4% (14 aos 17 anos) e 47,3% (18 aos 25 anos) de raparigas não estão satisfeitas com o peso, e 24,2% (14 aos 17 anos) e 39% (18 aos 25 anos) dos rapazes também não. Dos participantes não satisfeitos, 86,2% (14 aos 17 anos) e 85,2% (18 aos 25 anos) de raparigas desejam pesar menos, enquanto 52,9% (14 aos 17 anos) e 50% (18 aos 25 anos) dos rapazes também. Das raparigas que desejam pesar menos, verificamos que, no grupo dos 14 aos 17 anos, 16,5% tinham um IMC < 20; No grupo dos 18 aos 25 anos, 1,4% dos rapazes e 8% das raparigas tinham um IMC < 20.

Vários autores chegaram à mesma conclusão, ou seja, uma percentagem relativamente elevada de jovens deseja perder peso, sendo esse percentual mais elevado nas raparigas. Raich e cols. (1992), ao realizarem um estudo com mais de três mil adolescentes, verificaram que 48% das raparigas queriam pesar menos, contra 33% de rapazes. No estudo com estudantes do ensino universitário, também Bellisle et al. (1995) verificaram que apesar do índice de massa corporal ser baixo, 44% das mulheres desejava perder peso contra apenas 17% dos homens. Por outro lado, Devaud et al. (1998), num estudo com estudantes do sexo feminino, entre os 15 e os 20 anos, verificaram que 62% desejavam perder peso.

Ao fazermos a comparação dos resultados deste estudo com outros que tenham utilizado a população portuguesa com características similares, verificamos que, no estudo com estudantes do ensino secundário, Carmo (2001), apesar de ter feito o estudo apenas com raparigas, constatou que das inquiridas com peso normal ou baixo, 38% (774) desejavam perder peso, sendo os 19 anos a idade com maior prevalência de desejo de perder peso. No presente estudo, o desejo de perder peso, nas raparigas, é sensivelmente o mesmo nas duas classes etárias; no entanto, nas que apresentavam índice de massa corporal baixo, o percentual de desejo de perder peso é maior nas jovens mais novas (sensivelmente o dobro).

Tendo presente estudos realizados em jovens do ensino superior (mais de 18 anos), Baptista et al. (1996) verificaram que 57,9% das inquiridas tinham peso normal, 32,9% peso baixo e 9,2% excesso de peso; mais de metade (55,1%) queria perder peso, sendo que 45% já tinha peso baixo. Apesar de os valores recolhidos quanto ao desejo de perder

peso se aproximarem dos dados do presente estudo, estes autores relataram um maior percentual (sensivelmente o dobro) no que diz respeito às inquiridas com baixo peso e, mesmo assim, desejavam pesar menos.

Também Gonçalves (1998), numa população de estudantes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 17 e os 25 anos, verificou que 34,6% tinham IMC < 20 das quais 19% desejavam pesar menos, mais de metade (55,1%) queria perder peso e destas 45% tinham peso baixo. Por outro lado, Pocinho (2000) encontrou 38,4% de rapazes e 48% de raparigas com um IMC < 20, dos quais 8,6% têm um IMC inferior a 17,5.

FREQUÊNCIA DA SINTOMATOLOGIA ALIMENTAR ATRAVÉS DO EDI 1

Nas três escalas do EDI 1, que avaliam a sintomatologia alimentar, encontraram-se os dados apresentados seguidamente.

Quanto ao *desejo de emagrecer*, ou seja, à preocupação com a dieta, com o peso e com a perseguição extrema da magreza, verificou-se que, nos inquiridos dos 14 aos 17 anos, os valores médios nas mulheres ($\bar{X} = 4,39$; $S = 4,86$) são 3,4 vezes superiores aos dos homens ($\bar{X} = 1,28$; $S = 2,4$) sendo essa diferença estatisticamente muito significativa ($p \leq ,01$). De salientar que o valor médio mais alto (4,39 nas mulheres dos 14 aos 17 anos) corresponde a 20,9% do valor máximo para esta escala.

Igualmente no grupo etário dos 18 aos 25 anos, em média, as mulheres desejam 2,6 vezes mais emagrecer em relação aos homens, tendo essas diferenças significado estatístico ($p \leq ,01$).

Vários foram os autores que chegaram à mesma conclusão, nomeadamente Garner et al. (1983), Shore e Porter (1990), e Casullo et al. (2000).

Na *escala da bulimia*, que indica essencialmente a tendência para comer em excesso descontroladamente, verificou-se que, nos participantes do sexo masculino e feminino de ambas as classes etárias, as diferenças entre os valores médios são pequenas, não sendo estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Para os homens, encontraram-se os seguintes valores médios: $\bar{X} = 1,12$; $S = 2,27$ e $\bar{X} = 1,23$; $S = 2,38$ na classe etária dos 14 aos 17 anos e dos 18 aos 25 anos respectivamente. Para as mulheres, os valores foram: $\bar{X} = 1,14$; $S = 2,38$ e $\bar{X} = 1,06$;

$S = 2,08$, respectivamente na classe etária dos 14 aos 17 e dos 18 aos 25 anos.

Nos estudos de Shore e Porter (1990) e Casullo et al. (1996), ao contrário dos nossos, existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios dos rapazes e os valores médios das raparigas na escala da bulimia. Mais tarde, Casullo et al. (2000) verificaram que as diferenças entre homens e mulheres não tinham significado estatístico, apesar de os valores médios serem superiores aos encontrados por nós (homens, $\bar{X} = 3,6$; $S = 3,3$ e mulheres $\bar{X} = 4,0$; $S = 3,7$).

Por último na *escala da insatisfação corporal*, verificámos que os valores médios são maiores nas mulheres de ambas as classes etárias ($\bar{X} = 8,71$; $S = 7,67$ e $\bar{X} = 7,25$; $S = 6,90$) do que nos homens ($\bar{X} = 3,47$; $S = 4,59$ e $\bar{X} = 3,82$; $S = 4,42$), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,01$).

Tal como neste estudo, também Shore e Porter (1988), ao aplicar o EDI 1 a um grupo de estudantes de ambos os sexos, encontraram resultados mais elevados nas raparigas que nos rapazes, nas escalas do desejo de emagrecer e insatisfação corporal. Nas raparigas mais velhas (14 aos 18 anos) encontraram resultados mais elevados na insatisfação. Também Lanzi e cols. (1997) verificaram que as raparigas apresentam, em média, menor satisfação com a imagem corporal que os rapazes.

No estudo de Pocinho (2000), tal como no presente estudo, a insatisfação corporal também era significativamente maior ($\bar{X} = 7,45$; $S = 6,72$) nas raparigas que nos rapazes ($\bar{X} = 3,41$; $S = 4,60$). Os resultados mostraram ainda que, nas raparigas, a insatisfação corporal aumentava com o aumento de peso, o mesmo não se verificando nos rapazes.

Quanto às diferenças na insatisfação corporal, com a idade verificámos que ela continua ao longo de toda a faixa etária avaliada, tal como já tinha sido referido por Heartherton et al. (1995). Estes autores ao realizarem um estudo longitudinal verificaram que apesar da prevalência das doenças do comportamento alimentar terem um decréscimo com a entrada na idade adulta, a insatisfação com a imagem corporal mantém-se. Por seu lado, Casullo et al. (2000) verificaram que os mais novos têm maior desejo de emagrecer e insatisfação corporal que os mais velhos.

Por outro lado, numa sociedade onde a magreza é valorizada respeitada e vista como atraente nas mulheres, principalmente as jovens, durante o processo de formação da sua identidade, estão parti-

cularmente vulneráveis para a insatisfação com a sua figura (Casullo et al., 2000). Já nos anos oitenta, esta insatisfação corporal tinha sido constatada por Tobin-Richards, Boxer e Peterson (1983) ao verificarem que, para além da insatisfação corporal, as raparigas desejavam perder peso, ao contrário dos rapazes, que desejavam, em média, ser mais pesados.

GRUPO DE RISCO GLOBAL TENDO PRESENTE AS TRÊS ESCALAS DE SINTOMATOLOGIA ALIMENTAR DO EDI 1

Para a determinação do risco global, estabeleceram-se dois grupos (um de controlo e outro de risco) de acordo com os pontos de corte em cada uma das três escalas de acordo com os valores apontados por Peñas-Lledó (1999). Da análise dos resultados verificámos que os estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, encontraram-se 4,2% de rapazes e 18,9% de raparigas em risco. Nos estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos encontraram-se 4,3% de rapazes e 12% de raparigas em risco, tendo as diferenças significado estatístico quando se compara o grupo de risco e o sexo dos inquiridos.

FREQUÊNCIA DOS CRITÉRIOS DE DSM-IV PARA A ANOREXIA E BULIMIA

Ingestão compulsiva de alimentos, medo de engordar e métodos de controlo de peso

Na classe etária dos **14 aos 17 anos**, verificou-se que 8,1% dos rapazes e 10,9% das raparigas relataram episódios de ingestão compulsiva de alimentos mais do que duas vezes por semana, e 5,6% de rapazes e 25,8% das raparigas têm medo de engordar.

Quanto à utilização de métodos compensatórios (mais de duas vezes por semana) verifica-se que, nas raparigas, 0,3% induzem o vómito, 0% utilizam laxantes/diuréticos, 22,3% fazem dieta com alimentos de baixo valor calórico e 53,6% praticam exercício físico para perder peso. Nenhum rapaz induz o vómito ou utiliza laxantes/diuréticos, no entanto 1,8% faz dieta, e 48,8% pratica exercício físico pelo menos duas vezes por semana com o objectivo de perder peso.

Nos jovens com idades compreendidas entre os **18 e os 25 anos**, constatamos que 3,7% dos rapazes e 8,8% das raparigas relataram episódios de ingestão compulsiva de alimentos e 6,7% de rapazes e 20,3% das raparigas têm medo de engordar.

Quanto à utilização de métodos compensatórios, verificámos que 0,3% das raparigas induzem o vómito, 0,2% utilizam laxantes/diuréticos, 18,1% fazem dieta com alimentos de baixas calorias e 26,9% praticam exercício físico, para perder peso. Nenhum rapaz induz o vómito ou utiliza laxantes/diuréticos, 6,1% fazem dieta, e 41,5% praticam exercício físico pelo menos duas vezes por semana com o objectivo de perder peso.

Em síntese, pode afirmar-se que as raparigas apresentam um maior percentual de comportamentos de ingestão compulsiva de alimentos e medo de engordar, sendo o exercício físico e a dieta os métodos de controlo de peso mais utilizados pela amostra masculina e feminina. De salientar que Patton et al. (1999), num estudo longitudinal com raparigas, verificaram que as que realizavam dieta rigorosa tinham dezoito vezes maior probabilidade de desenvolverem patologia alimentar que as outras.

Também Hart e Ollendech (1995) e Abraham e Llewellyn-Jones (1997) verificaram, nos seus estudos, que a dieta para controlo de peso era utilizada nos jovens universitários em 14% nas mulheres e 3% nos homens, sendo, no entanto, ligeiramente inferior aos obtidos no presente estudo. Calvo Sagardoy (2002) refere que a obsessão pelo emagrecimento reflecte-se no nível de actividade física. No entanto, gostaríamos de salientar que uma actividade física elevada pode não funcionar apenas como estratégia para perder peso, relacionada com doenças do comportamento alimentar, mas também para promover uma aparência física difundida pelos meios de comunicação.

Numa revisão da literatura dos estudos que apresentam valores de prevalência de episódios de ingestão compulsiva e comportamentos purgativos, verificámos que estes valores são diferentes dos encontrados neste estudo.

Whitehouse e Button (1988) verificaram que 2,5% (11) do total da amostra (estudantes universitárias) apresentavam vómito auto-induzido, 0,7% (3) usavam laxantes/diuréticos e 1,8% (8) praticavam ingestão alimentar compulsiva. No estudo de Baptista et al. (1996), 12% estavam a fazer dieta, e 13,2% tinham crises de ingestão compulsiva sem manobras compensatórias. Os dados encontrados

por estes autores são ligeiramente superiores aos nossos, tendo em conta apenas as raparigas dos 18 aos 25 anos.

Na faixa etária dos jovens mais novos, verificou-se que, num estudo efectuado por Nobakht e Dezhkam (2000) com 3.100 adolescentes dos 15 aos 18 anos, apenas se encontraram valores superiores aos nossos no que diz respeito aos comportamentos purgativos, ou seja, 15,2% realizavam exercício físico excessivo e 16,7% usavam a dieta, 1,5% o vómito, 2,51% usavam drogas para induzir o vómito, laxantes e diuréticos, e 2,13% usam medicamentos para emagrecer.

Quanto aos episódios de ingestão compulsiva de alimentos, Gonçalves (1998) verificou valores superiores, ou seja, 10,3% de raparigas do ensino superior referiram ter episódios de ingestão compulsiva duas ou mais vezes por semana. No entanto, Hay (1998) verificou valores bastante mais baixos, isto é, 3,2% (96) de jovens referiram episódios de ingestão compulsiva recorrente

Devaud e cols. (1998), num estudo com estudantes do sexo feminino entre os 15 e os 20 anos verificaram que 37% referiram episódios de jejum, tendo 18,9% medo de não conseguirem parar de comer, 9,1% referiram episódios de ingestão compulsiva pelo menos uma vez por semana e 1,6% induziram o vómito pelo menos uma vez por semana.

Num outro estudo realizado no Japão por Wakabayashi e Sugiyama (1995) com estudantes do ensino secundário 51% das raparigas tinham desejo de emagrecer, 14% faziam esforços nesse sentido, e 2% praticavam vómito autoinduzido. Nas estudantes do ensino universitário, o uso de laxantes ou o vómito surgiu em 8,6% com a finalidade de emagrecer. Também Krowchuk et al. (1998), num estudo com jovens de ambos os sexos, verificaram que 9,7% de raparigas e 4,0% de rapazes usaram o vómito ou laxantes para perder peso.

Patton e cols. (1999) verificaram ainda que 8% de raparigas e 0,5% de rapazes faziam uma dieta muito rigorosa, enquanto 60% de raparigas e 29% de rapazes faziam uma dieta moderada.

Como podemos verificar, as diferenças nos resultados obtidos nos vários estudos pode ficar a dever-se, como já foi referido, às diferentes conotações que o próprio termo de ingestão compulsiva pode apresentar, à forma como é avaliada a periodicidade dos métodos e finalmente às populações abrangidas (ambos os sexos ou apenas mulheres assim como a faixa etária dos intervenientes).

Distorção da imagem corporal

A distorção da imagem corporal corresponde a afirmar que os jovens percebem o seu corpo como apresentando um peso significativamente superior ao peso real. Neste estudo, pudemos verificar que 5,3% de rapazes e 12,9% de raparigas apresentam distorção da imagem corporal (dos 14 aos 17 anos) o mesmo acontecendo a 2,4% de rapazes e 5,1% de raparigas dos 18 aos 25 anos. Ou seja, a percentagem nas raparigas é maior que nos rapazes, e nas idades mais baixas o percentual também é mais elevado do que nos mais velhos. De referir que é apenas no primeiro grupo (14 aos 17 anos) que as diferenças na distorção da imagem corporal entre rapazes e raparigas têm significado estatístico ($p < 0,01$) Se tivermos presente que são vários os jovens, principalmente raparigas, que, apesar de terem um IMC < 20 , ainda desejavam pesar menos, facilmente se compreende estes valores. Também Book e Tepper (1997), num estudo com estudantes adolescentes, observaram que 44% se auto percebem como obesos, apesar de apenas 10% ter excesso de peso. Gonçalves (1998) verificou que 9,5% das inquiridas manifestaram distorção da imagem corporal, o que é ligeiramente superior aos valores encontrados neste estudo.

Na maioria das vezes, os jovens com patologia alimentar tendem a subestimar o seu tamanho corporal, ou seja, apesar de estarem esqueléticos, afirmam que são mais largos e gordos do que realmente são (Raich, 1999). A opinião desta autora é corroborada pelos resultados deste estudo, ao verificarmos que é no grupo de risco que o percentual de distorção corporal é maior, sendo estas diferenças estatisticamente significativas nas mulheres ($p \leq 0,05$). Devido ao pequeno número de inquiridos com distorção da imagem corporal, nos homens não foi possível verificar se as diferenças têm significado estatístico.

Período menstrual na mulher e perda ou diminuição do interesse e potência sexual no homem

A amenorreia nas raparigas e perda ou diminuição do interesse sexual nos rapazes é um sintoma precoce de alterações provocadas no organismo por um distúrbio alimentar. Neste estudo, 1,2% das raparigas entre os 14 e os 17 anos relataram ausência do período menstrual e nenhum (0%) rapaz da mesma idade relatou perda ou diminuição do interesse

sexual. 1,4% das raparigas relataram ausência do período menstrual e 0% de rapazes, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, relataram perda ou diminuição do interesse sexual.

Desconhecemos as razões da ausência do período menstrual, pois as inquiridas, não apresentaram as razões. No entanto, convém salientar que a amenorreia não é um critério exigido se o inquirido estiver a tomar a pílula, situação que pensamos ser hoje em dia frequente nas raparigas. Este facto leva-nos a considerar que neste instrumento, deveria ter sido incluída uma questão que nos permitisse excluir estas situações. No caso dos rapazes nenhum manifestou perda ou diminuição do interesse e potência sexual, ficando a dúvida quanto à veracidade da resposta.

PREVALÊNCIA DAS DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR TENDO PRESENTE O CRITÉRIOS DO DSM IV

De acordo com os critérios do DSM IV não se detectou um único caso de anorexia, no entanto encontrou-se nas raparigas dos 14 aos 17 anos 3,4% de casos prováveis de situações parciais de anorexia (2,3% de anorexia restritiva e 1,1% de anorexia bulímica) e 6,3% de bulimia. Nas raparigas mais velhas (18 aos 25 anos) verificaram-se 1,4% de situações parciais de anorexia (0,7% de anorexia restritiva e 0,7% de anorexia bulímica) e 3,4% de bulimia.

Quanto aos rapazes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos relatam-se 1,1% de situações sub clínicas de anorexia e 3,5% de bulimia. Nos rapazes mais velhos (18 aos 25 anos) esses valores são ligeiramente inferiores, ou seja, não se relatam situações parciais de anorexia e apenas 0,6% dos jovens referiram comportamentos que os enquadraram em situação de bulimia.

Os dados obtidos foram baseados apenas em auto-relatos não tendo sido confirmados por entrevista e, por isso, são considerados casos prováveis de doença do comportamento alimentar.

Estes dados de prevalência para a anorexia e para a bulimia são superiores aos encontrados por Azevedo e Ferreira (1992), na ilha de S. Miguel, nos Açores (0% de anorexia total e 0,48% de síndrome parcial, sendo 0,76% nas raparigas e 0,17% nos rapazes). Quanto a situações de bulimia, os mesmos autores referenciaram 0,16% (0,30%

no sexo feminino e 0% no sexo masculino). Já no que diz respeito ao estudo de Carmo (2001), efectuado em estudantes do ensino secundário do sexo feminino, as taxas de prevalência de 0,4% de anorexia nervosa e 12,6% de síndrome parcial são superiores às encontradas por nós. Ao pesquisarem a taxa de prevalência para a bulimia, em estudantes do sexo feminino do ensino superior, Baptista e cols. (1996) encontraram 3% de bulimia nervosa, dados que se aproximam dos nossos quando os comparamos apenas com os apresentados pelas raparigas mais velhas.

Gonçalves (1998), utilizando critérios idênticos aos utilizados por nós, mas apenas em raparigas do ensino superior, encontrou as seguintes taxas de prevalência de anorexia e bulimia: 0% de casos de anorexia; 2,5% de casos prováveis de anorexia parcial; 5,8% de casos prováveis de bulimia. Se tivermos presente a amostra feminina (dos 18 aos 25 anos) do nosso estudo, poderemos referir que as taxas de prevalência são superiores às encontradas por nós, não só para as situações parciais de anorexia (1,4%) como para as situações de bulimia (3,4%).

Os dados encontrados por Pocinho (2000), numa amostra de estudantes do sexo masculino e feminino, permitiram identificar uma prevalência de anorexia nervosa de 0,5%, sendo 0,6% para o sexo feminino e 0,4% para o sexo masculino. Quanto aos critérios de bulimia nervosa, foram encontradas taxas de 1% (0,9% de rapazes e 1,2% de raparigas).

Em estudos realizados em populações de outros países, várias são as discrepâncias entre os resultados desses estudos e os nossos resultados. Loureiro Cahon (1994) verificou que a taxa de prevalência das doenças do comportamento alimentar numa população espanhola (anorexia, bulimia e quadros não completos) foi de 4,1%, sendo 3,07% de patologias sub clínicas, 0,31% de anorexia e 0,76% de bulimia. Por seu lado, Kurth et al. (1995), ao estudarem o comportamento alimentar de 1367 estudantes universitárias, concluíram que a prevalência da bulimia era de aproximadamente 2%. No mesmo ano Rathner et al. (1995) verificaram que a taxa de prevalência para a bulimia nervosa nas mulheres na Hungria era de 1%, na Áustria, 0,6%, e na República Democrática da Alemanha, 0,0%. Para as situações sub clínicas de bulimia nas mulheres da Hungria havia 3,8% ao passo que na Áustria apenas 1,9% e na República Democrática da Alemanha 1,7% de casos relatados. Nos homens as percentagens são ligeiramente inferiores, ou seja, na Hungria, 1,2%, na

República Democrática da Alemanha, 0,8%, e finalmente na Áustria 0,4%. No que diz respeito à anorexia, os autores do estudo não encontraram casos clínicos, tendo relatado apenas situações sub clínicas na Hungria (0,3% nas mulheres e 0,4% nos homens).

Satonastaso et al. (1996), num estudo sobre prevalência com estudantes italianos do sexo feminino com 16 anos de idade, verificaram a existência de 0% de anorexia; 0,5% de bulimia nervosa e 3,7% para situações de patologias alimentares não especificadas.

Os resultados de estudos epidemiológicos realizados com o EDI ou EAT, com confirmação posterior através de entrevista, apresentam valores de prevalência mais baixos, principalmente ao nível da bulimia. Nos estudos realizados por Whitehouse e Button (1988), a prevalência de anorexia nervosa foi de 0,2% e a da bulimia de 1,6%; nos de Cotrufo et al. (1998) a prevalência de anorexia nervosa foi de 0,2% (2) a da bulimia nervosa de 2,3% (21); a de ingestão compulsiva de alimentos de 0,2%; a de síndromes parciais de 3,8% (35), dos quais, 0,4% de anorexia, 2,9% de bulimia e 0,4% de ingestão compulsiva. Hay (1998), num estudo com 3001 estudantes australianos, encontrou: 0,3% de situações de bulimia. Num estudo efectuado a adolescentes, Patton et al. (1999) verificaram que um percentual de 3,3% de raparigas e 0,3% de rapazes sofriam de síndrome parcial de doenças do comportamento alimentar (EDI 1 e critérios do DSM IV).

Em síntese, ao compararmos os nossos dados com outros encontrados na bibliografia, podemos verificar que existem discrepâncias nos valores da prevalência, não só nos estudos realizados com população portuguesa como em estudos com populações de outros países. Estas discrepâncias poderão ficar a dever-se a diferenças metodológicas utilizadas nas investigações, nomeadamente quanto aos instrumentos de recolha de dados, ao tamanho e tipo da amostra e aos critérios de diagnóstico (DSM-III ou DSM IV). No que diz respeito aos critérios de diagnóstico, salientamos principalmente as diferenças no que diz respeito aos critérios relativos ao peso corporal, IMC e à alteração da imagem corporal.

A classe etária em que os estudos incidem terá que ser tida em conta na explicação relativa à discrepância destes dados. Os instrumentos de recolha de dados utilizados neste estudo são igualmente

importantes, nomeadamente o facto de se terem feito apenas questionários, entrevistas ou de se terem combinado os dois a fim de confirmar os casos prováveis. Um outro aspecto que não gostaríamos de deixar de salientar diz respeito às distribuições geográficas dos estudos referidos.

Poderemos, no entanto, concluir, tal como é referido no DSM IV (1995), que a prevalência da anorexia é mais baixa do que a da bulimia e as taxas de prevalência das doenças do comportamento alimentar é mais baixa nos rapazes que nas raparigas.

A prevalência de síndromes parciais encontrada neste estudo, associada à aparente progressão destes casos para situações clínicas, leva-nos a referir a necessidade de estudos longitudinais. Os estudos longitudinais permitem o acompanhamento destas situações e a identificação dos factores etiológicos envolvidos nas doenças do comportamento alimentar (Fairburn & Beglin, 1990).

COMPARAÇÃO DOS INDIVÍDUOS QUE OBEDECEM AOS CRITÉRIOS DO DSM IV COM OS INDIVÍDUOS QUE PERTENCEM AO GRUPO DE RISCO ATRAVÉS DOS PONTOS DE CORTE NAS TRÊS ESCALAS DE SINTOMATOLOGIA ALIMENTAR DO EDI 1

Ao verificarmos a relação existente entre as situações de doença do comportamento alimentar, seleccionadas de acordo com os critérios do DSM IV, e as pontuações obtidas nas escalas do EDI 1, chegamos à conclusão de que não há uma relação perfeita entre as situações e as pontuações. Nas situações sub clínicas de anorexia restritiva, o maior percentual situa-se no grupo de risco (6,1% nas raparigas dos 14 aos 17 anos, 14,3% nos rapazes e 1,4% nas raparigas dos 18 aos 25 anos). De referir que 1,4% das raparigas mais novas, do grupo de controlo, apresentam situações sub clínicas de anorexia restritiva.

Quanto às situações sub clínicas de anorexia bulímica, constatamos que 1,1% dos rapazes (14 aos 17 anos) e 0,8% das raparigas (18 aos 25 anos) se situam no grupo de controlo.

No grupo de controlo e no que diz respeito a casos prováveis de bulimia, verificamos que o menor percentual (0,6%) se situa nos rapazes dos 18 aos 25 anos. No grupo de risco encontramos 25% no grupo dos rapazes e 25,8% nas raparigas

dos 14 aos 17 anos e 11,3% nas raparigas dos 18 aos 25 anos.

Parece-nos importante salientar que, por um lado, e tal como foi apontado anteriormente, vários são os comportamentos e as características considerados de risco no desenvolvimento de patologias alimentares que o ponto de corte das escalas do EDI 1 não reconhecem. Por outro lado, algumas situações consideradas de risco pelo EDI 1, não apresentam esses comportamentos designados pelo DSM IV.

Estes resultados alertam igualmente, para o facto de que o EDI 1, não deve ser utilizado isoladamente, na determinação de casos clínicos das doenças do comportamento alimentar, tal como havia sido sugerido por Garner (1991). Este autor refere que este instrumento é bom para identificar casos prováveis, em estudos epidemiológicos (de risco), ou para identificar os sujeitos que estão preocupados com o seu peso corporal, no sentido de avaliar factores de risco no desenvolvimento destas perturbações.

Seria interessante descobrir se os casos prováveis de perturbações do comportamento alimentar, encontrados com valores abaixo do ponto de corte das três escalas de sintomatologia alimentar do EDI 1 corresponderiam a uma fase inicial das perturbações, e se os casos que apresentam valores superiores no ponto de corte sem terem sido seleccionados pelos critérios do DSM IV, estariam a negar os comportamentos e características destas doenças. Isto só seria possível com entrevistas clínicas posteriores para confirmação dos quadros clínicos e/ou estudos longitudinais.

CONCLUSÃO

Os resultados mais importantes deste estudo serão resumidamente apresentados, tendo em consideração os objectivos do presente estudo.

- a) As raparigas apresentam um maior percentual de IMC < 20 do que os rapazes, tendo essas diferenças significado estatístico;
- b) Os rapazes estão mais satisfeitos com o seu peso corporal, que as raparigas desejando as raparigas, em maior percentual, pesar menos;
- c) Dos participantes que apresentam IMC < 20 são as raparigas que apresentam um maior percentual de desejo de pesar menos;

- d) Os participantes do sexo feminino apresentam, em média, valores mais altos de insatisfação corporal e de desejo de emagrecer do que os do sexo masculino; quanto à bulimia, não existem diferenças entre rapazes e raparigas;
- e) O método de controlo do peso mais utilizado pelos rapazes e raparigas é a dieta e o exercício físico;
- f) As mulheres apresentam maior percentual de ingestão compulsiva de alimentos, medo de ganhar peso e de distorção da imagem corporal que os homens;
- g) A prevalência de anorexia nervosa é zero e a de bulimia está dentro das taxas de prevalência encontradas noutros estudos, sendo mais elevada nos participantes do sexo feminino; no entanto, a existência de quadros clínicos parciais e de comportamentos alimentares desajustados, e a elevada insatisfação corporal permite-nos salientar a importância da prevenção primária destas patologias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (1997). *Eating Disorders: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Azevedo, M. H., & Ferreira, C. P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: A prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 432-436.
- Baptista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, D., & Galvão Teles, A. (1996). A prevalence of disturbances of eating behaviour in a portuguese female university population. *Eur Eating Disorders Rev*, 4, 260-270.
- Bellisle, F., Monneuse, M. O., Steptoe, A., & Wardle, J. (1995). Weight concerns and eating patterns: A survey of university students in Europe. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 19, 723-730.
- Brook, U., & Tepper, L. (1997). High school students attitudes and knowledge of food consumption and body image: Implication for high school based education. *Patient Education and Counselling*, 30 (2), 283-288.
- Calvo Sagardoy, R. (2002). *Anorexia y bulimia – Guia para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Casullo, M. M., González, R., Sifre, S., & Martorell, C. (2000). El comportamiento alimentario en estudiantes adolescentes españoles e argentinos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 10 (2), 9-24.

- Cotrufo, P., Baretta, V., Monteleone, P., & Maj, M. (1998). Full-Syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders in epidemiological study of female students in southern Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 112-115.
- Devaud, C., Jeannin, A., Narring, F., Ferron, C., & Michaud, P. A. (1998). Eating disorders among female adolescents in Switzerland: Prevalence and associations with mental and behavioral disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24 (2), 207-216.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV* (1995). Washington: American Psychiatric Association.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C. G., Hay, P. J., & Welch, S. L. (1993). Binge Eating and Bulimia Nervosa: distribution and determinants. In Fairburn & Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and treatment* (pp. 123-143). New York: Guilford Press.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa: No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471.
- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency?. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (3), 287-296.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorders inventory for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Gouveia, J. P. (2000). Factores etiológicos e desenvolvimentais nos distúrbios alimentares. In Isabel Soares (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento: Trajetórias (In)adaptativas ao longo da vida* (pp. 263-314). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, S. F. (1998). *Perturbações do comportamento alimentar junto de uma população universitária feminina*. Tese de dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorders behaviours: an Australian community based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23 (4), 371-382.
- Hart, K. J., & Ollendick, T. H. (1995). Prevalence of bulimia in working and university women. *American Journal of Psychiatry*, 142, 854-854.
- Heartherton, T. F., Nichols, P., Mahamede, F., & Keel, P. (1995). Body Weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1623-1629.
- Hoek, H. W. (1995). The distribution of eating disorders. In K. D. Brownell, & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.
- Hsu, L. K. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19 (4), 681-700.
- Krowchuk, D. P., Kreiter, S. R., Woods, C. R., Sinal, S. H., & Durant, R. H. (1998). Problem dieting behaviours among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152 (9), 884-888.
- Kurth, C. L., Krahn, D. D., Nare, K., & Drewnowsky, A. (1995). The severity of dieting and bingeing behaviours in college women interview validation of survey data. *Journal of Psychiatry Research*, 29, 211-225.
- Lanzi, G., Rossi, G., Balottin, U., Brisone, G., Citterio, A., Lionardi, G., Martelli, T., Scela, B., Tebadi, C., & Zabno, C. A. (1997). Eating behavior disorders epidemiologic study of 434 adolescents. *Minerva Pediatr*, 49 (6), 249-260.
- Loureiro Cachon, V. E. (1994). *Comportamiento anoréxico en la población adolescente femenina de tercero de B. U.*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265-???
- Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Peñas-Lledó, E. M. (1999). *Medidas antropométricas, hábitos alimentarios e de vida, asociados a sintomatología alimentaria: Sua relação com la impulsividade y factores emocionales*. Tesis doctoral não publicada, Universidade de Extremadura, Facultad de Medicina, Departamento de Farmacología y Psiquiatria, Badajoz.
- Pocinho, M. T. S. (2000). *Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar: Um contributo para o estudo das suas relações*. Tese de dissertação de mestrado em toxicodpendência e patologias psicossociais, Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Raich, R. M., Rosen, J. C., Deus, J., Perez, O., Requena, A., & Gross, J. (1992). Eating Disorders Symptoms Among Adolescents in United States and Spain. A comparative Study. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 63-72.
- Raich, R. M. (1999). *Anorexia y bulimia: Transtornos alimentares* (5.ª ed.). Madrid: Edições Piramide.
- Rathner, G., Túry, F., Szabó, P., Geyer, M., Rumpold, G., Forgács, A., Sollner, W., & Plottnner, G. (1995). Prevalence of eating disorders and minor psychiatric morbidity in Central Europe before the political changes in 1989: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 25, 1027-1035.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1999). *Doenças do comportamento alimentar – Manual para clínicos Gerais*. Lisboa: Laboratórios Bial.

- Santonastaso, P., Zanetti, T., Sala, A., Favaretto, G., Vidotto, G., & Favaro, A. (1996). Prevalence of eating disorders in Italy: a Survey on a sample of 16-year-old female students. *Psychother Psychosom*, 65 (3), 158-162.
- Shore, R., & Porter, J. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the eating disorders inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 201-207.
- Tobin-Richards, M. H., Boxer, A. M., & Peterson, A. C. (1983). The psychological significance of pubertal change. Sex difference in perceptions of self during early adolescence. In J. Brooks-Gunn, & A. C. Petersen (Eds.), *Girls at puberty*. New York: Plenum Press.
- Wakabayashi, S., & Sugiyama T. (1995). Eating Awareness Survey. *Int. Medicine Journal*, 2, 281-285.
- Whitehouse, A. M., & Button, E. J. (1988). The prevalence of eating disorders in UK college population: A reclassification of an earlier study. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 393-397.
- Whitehouse, A. M., & Button, E. J. (1988). The prevalence of eating disorders in UK college population: A reclassification of an earlier study. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 393-397.

RESUMO

Os principais objectivos deste estudo são: a) avaliar a prevalência das doenças do comportamento alimentar numa população não clínica de estudantes; b) identificar a população em risco para as doenças do comportamento alimentar.

Metodologia: Para a concretização dos objectivos realizámos um estudo não experimental, transversal, correlacional de tipo quantitativo. O estudo realizado incidiu sobre 1388 estudantes do ensino secundário e superior da zona centro de Portugal. Todos os estudantes preencheram um questionário anónimo composto por dados sociodemográficos, história recente do peso, critérios do DSM IV para a anorexia e bulimia e EDI 1.

Resultados: De acordo com os critérios do DSM IV não encontramos qualquer caso de anorexia. Nas rapa-

rigas dos 14 aos 17 anos, constatamos 3,4% de casos prováveis de situações parciais de anorexia e 6,3% de bulimia. Nas raparigas mais velhas (18 aos 25 anos) verificamos 1,4% de situações parciais de anorexia e 3,4% de bulimia.

Quanto aos rapazes com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos relatam-se 1,1% de situações parciais de anorexia e 3,5% de bulimia. Nos rapazes mais velhos (18 aos 25 anos) esses valores são ligeiramente inferiores, ou seja, não se relatam situações parciais de anorexia, e apenas 0,6% dos jovens referiram comportamentos que os enquadram em situação de bulimia.

Palavras-chave: Prevalência, anorexia, bulimia.

ABSTRACT

The goals of this study is: a) to evaluate the prevalence of eating disorders in a non-clinic population of students; b) to identify the group at risk in this population.

Methodology: In order to accomplish the goals we conducted a non experimental, transversal, correlational quantitative study. The population for this study is composed by 1388 High School and Undergraduate Students from the Central area of Portugal. All students filled in an anonymous questionnaire, consisting of socio-demographic, recent weight history, DSM IV criterion for bulimia and anorexia and EDI 1.

Outcome: In accordance with the DSM IV criterion, we found no case of anorexia. In the case of the girls of the first group (14-17 years) we found 3.4% of partial situations of restrictive anorexia probable cases and 6.3% cases of bulimia.

In the case of the older girls (18-25 years), we identified 1.4% of partial situations of anorexia and 3.4% of bulimia.

In the case of the boys of the first group (14-17 years), we found 1.1% of sub-clinical situations of anorexia and 3.5% of bulimia. With the older boys (18-25 years) the values are slightly lower: we didn't find any situations of partial anorexia and found only 0.6% behaviours that can be framed as situations of bulimia.

Key words: Prevalence, anorexia nervosa, bulimia nervosa.