

# Transtornos alimentares na população de 20 a 59 anos de Feira de Santana (BA), 2007

## *Eating disorders in population aged 20 – 59 years from Feira de Santana (BA), Brazil, 2007*

Morgana Teixeira Lima Mascarenhas<sup>1</sup>, Maura Maria Guimarães de Almeida<sup>2</sup>,  
Tânia Maria de Araújo<sup>2</sup>, Ana Paula Kalil Prisco<sup>3</sup>

### RESUMO

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de transtornos alimentares – transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e bulimia nervosa (BN) – e os fatores de risco associados, numa população de 20 a 59 anos do município de Feira de Santana (BA). Foram estudados 2.506 indivíduos; destes indivíduos, 5,0% foram supostamente identificados como portadores de TCAP e 1,0% de BN. Observou-se maior prevalência de TCAP entre pessoas do sexo feminino (5,2%), na faixa etária de 20 a 29 anos (7,1%), solteiros (5,6%) e com renda mensal inferior a um salário-mínimo (5,5%). Com relação à BN, predominaram pessoas mais jovens (1,6%), casados/união estável (1,2%), que possuíam renda mensal superior a um salário-mínimo (1,4%) e negros (1,1%). Indivíduos que se autorreferiram obesos apresentaram taxas mais elevadas: TCAP (13,3%) e BN (2,7%). Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de ampliação de ações voltadas para o tratamento dos transtornos alimentares (TCAP e BN), especialmente, os de cunho preventivo. Propostas de modificações no comportamento dos indivíduos devem ser avaliadas com apoio interdisciplinar.

**Palavras-chave:** transtornos de alimentação; bulimia nervosa; transtorno da compulsão alimentar; estilo de vida; obesidade.

### ABSTRACT

The aim this study was estimate the eating disorders prevalence – binge-eating disorder (BED) and bulimia nervosa (BN) – and risk factors in a population aged 20 – 59 years from Feira de Santana (BA), Brazil. A total of 2,506 individuals were studied, and the disorders were observed in 5.0 % for BED, and 1.0% for BN. A bigger prevalence of BED was observed in female (5,2%), aged 20 – 29 years (7.1%), bachelors (5.6%), inferior monthly income to a minimum wage (5.5%). About BN, predominated younger persons (1.6%), steady union/married (1.2%), the ones possess superior monthly income to a minimum wage (1,46%), and blacks (1,12%). The higher prevalence of eating disorders was observed in individuals that self-referred themselves as obese: 13.3% (BED) and 2.7 (BN). These results suggest the necessity of magnifying actions directed toward the treatment of the eating disorders (BED and BN), especially, preventive actions. Modifications on individual behavior should be evaluated for interdisciplinary support.

**Keywords:** eating disorders; bulimia nervosa; binge-eating disorder; life style; obesity.

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva da UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

<sup>2</sup> Professora doutora do Departamento de Saúde da UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Coletiva pela UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Morgana Teixeira Lima Mascarenhas – Rua Santo Inácio de Liola, 555 – Conceição I – CEP: 44036-150 – Feira de Santana (BA), Brasil – E-mail: mlimanutri@yahoo.com.br.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

## INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar é um fenômeno complexo intimamente relacionado com a ingestão de alimentos e aos estímulos internos e externos, ou seja, envolve fatores orgânicos, fisiológicos, psicológicos e sociais. O ato de comer, para o humano, transcende o valor nutritivo e as características sensoriais do alimento<sup>1</sup>.

A alimentação tem fundamental importância na manutenção do suprimento de energia do nosso organismo. No entanto, alimentar-se é um comportamento aprendido, passível de modificações positivas ou negativas. A etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial e alguns fatores relevantes podem associar-se às alterações do comportamento alimentar e à regulação do peso<sup>2</sup>. Os transtornos alimentares (TA) são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças porque suas etiopatogenias ainda não são bem conhecidas. Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ressaltam duas manifestações clínicas principais: a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN)<sup>3</sup>.

Apesar de classificados separadamente, os dois transtornos (BN e AN) acham-se intimamente relacionados por apresentarem uma psicopatologia em comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva os pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Os pacientes costumam julgar a si mesmos baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos<sup>3</sup>.

A BN é uma doença quase exclusivamente feminina e apresenta-se como o quadro mais prevalente entre os transtornos alimentares, sendo encontrada em 1 a 4% das mulheres jovens. De forma geral, a prevalência de BN sofre uma variação de 1,1 a 4,2%; verificando-se maior incidência deste TA no sexo feminino (13/1.000)<sup>5,6</sup>.

Os estudos sobre AN no Brasil ainda são escassos, principalmente no que se refere a estudos populacionais. As prevalências encontradas sofreram uma variação de 4,9 a 25%, variando de acordo com algumas variáveis (raça/cor, atividade ocupacional, grau de urbanização)<sup>7-9</sup>.

Além da BN e AN, tem-se o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) que se caracteriza, por episódios recorrentes, incontroláveis e perturbadores de compulsão alimentar, porém, sem os comportamentos compensatórios como aqueles observados na BN. Embora não se encontre limitado aos indivíduos obesos, é um diagnóstico frequente-

mente observado entre eles, especialmente entre aqueles que procuram tratamento para perder peso<sup>10</sup>.

Em média, 20% dos indivíduos que apresentam compulsão alimentar possuem diagnóstico de TCAP<sup>11</sup>. Aproximadamente 5 a 30% do TCAP são encontrados em obesos que buscam serviços especializados para tratamento da obesidade, quando comparada a 2 – 3% na população geral<sup>12,13</sup>. No Brasil, estimou-se uma prevalência entre 15 e 22% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer<sup>14,15</sup>.

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de comportamentos sugestivos de TA (BN e TCAP) na população de 20 a 59 anos de idade da zona urbana de Feira de Santana (BA), avaliando sua ocorrência segundo características sociodemográficas e percepção corporal. Trabalho de relevância devido à escassez de trabalhos de base populacional que estimem a prevalência de TA, bem como de pesquisas realizadas com indivíduos do sexo masculino. Os resultados poderão contribuir para uma reflexão acerca do tratamento dos TA, com base em estudo populacional. Sob este aspecto, a pretensão consiste em fornecer subsídios para a elaboração de programas de apoio periódico e reeducação, voltados, mais especificamente, para os aspectos relacionados aos hábitos de vida.

## MÉTODOS

Estudo epidemiológico de corte transversal, realizado a partir de informações obtidas do banco de dados do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), criado a partir da pesquisa: “Caracterização de Saúde Mental em Feira de Santana, BA, Brasil, 2007”. A partir de um recorte, foi selecionada uma amostra representativa da população adulta urbana de Feira de Santana (BA).

Feira de Santana é um município brasileiro do estado da Bahia, situado a 107 km da capital, Salvador, à qual se liga através da BR-324. Sua população estimada em 2008 era de 584.497 habitantes. Atualmente, é a segunda maior cidade do estado e tem como atividades econômicas principais o comércio, a indústria, serviços, a agricultura e a pecuária.

Na pesquisa original, a seleção das áreas foi feita com base em amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tendo o domicílio como unidade amostral. A amostragem foi feita por etapas múltiplas sucessivas. Conforme os critérios de inclusão adotados, participaram do estudo indivíduos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 15 anos, residen-

tes na zona urbana de Feira de Santana (BA). Com base nos critérios de inclusão adotados, participaram do estudo atual indivíduos de ambos os sexos, com idade de 20 a 59 anos de idade, residentes na zona urbana de Feira de Santana (BA).

Os dados utilizados foram do questionário individual desenvolvido pelos pesquisadores, que continham informações sobre condições socioeconômicas, hábitos de vida – atividade de lazer, etilismo, tabagismo, obesidade autorreferida, raça, incluindo questões referentes aos TA (TCAP e BN).

Os indivíduos que se consideraram negros e pardos formaram o grupo de indivíduos negros e aqueles que se autorreferiram indígenas, amarelos e brancos compuseram o grupo dos não-negros, tendo como base o estudo de Lopes e Ayres<sup>16</sup> que também utilizaram a divisão por raça/cor autorreferida e puderam demonstrar melhores resultados de suas variáveis.

A estimativa dos TA foi realizada através de dois grupos de questões que compõem o bloco sobre alimentação do *Patient Health Questionnaire* (PHQ), perfazendo um total de sete questões com respostas dicotômicas (sim ou não). O PHQ foi desenvolvido por Spitzer, Kroenke e Williams<sup>17</sup> e um dos objetivos foi contribuir para o diagnóstico da maioria dos transtornos (mentais, depressivos, alimentares e outros); é composto por cinco módulos sobre depressão, ansiedade, somatoformes, álcool e alimentação.

Num estudo realizado no sul do Brasil, versão em português, foi avaliado somente o estado de saúde mental e incluiu a tradução de apenas dez questões referentes a este módulo<sup>18</sup>. No grupo I, as questões são comuns para TCAP e BN: “Você normalmente sente que não consegue controlar o que você come e quanto come?”; “Você frequentemente come, dentro de um período de duas horas, o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?”; “Isso ocorreu, em média, com uma frequência de duas vezes na semana pelos últimos três meses?”. No grupo II, as questões são específicas para BN: “Forçou o vômito?”; “Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?”; “Jejuou – não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?”; “Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?”. As mesmas questões também foram utilizadas por Prisco<sup>19</sup> em seu estudo epidemiológico, que avaliou a prevalência de TA em uma população de trabalhadores.

Considerou-se suspeita de TCAP, os indivíduos que responderam afirmativamente a todas as questões do grupo I. Já para a BN, o critério foi a resposta afirmativa para as três questões do grupo I e, pelo menos, para mais uma questão do grupo II<sup>20</sup>. O PHQ mostrou-se um questionário de alta especificidade (89%) e sensibilidade (94%), para a avaliação

de TCAP e BN, segundo estudo de validação realizado por Spitzer, Kroenke e Williams<sup>17</sup>.

Na análise dos dados, inicialmente foi realizada a caracterização da população estudada. Em seguida, foram estimadas as prevalências de transtornos alimentares. As possíveis associações entre os transtornos e as variáveis de interesse analisadas partir de cálculos das razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%. Observou-se a significância estatística dos dados para um  $\alpha=0,05\%$  ( $p\leq 0,05$ ).

Para os cálculos foram utilizados os programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 9.0 para *Windows* e o *R Console*, versão 2.6.2.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, que atendeu à Resolução nº 196/96, protocolo nº 202/2009 (CAAE 0210.0.059.000-09).

## RESULTADOS

Dos 2.506 indivíduos estudados, 73,5% eram do sexo feminino, 34,8% estavam na faixa etária de 20 a 29 anos, 52,1% eram casados/união estável e 78,2% tinham renda mensal inferior a um salário-mínimo. A frequência de insatisfação com a imagem corporal nos indivíduos estudados foi de 18,90% (Tabela 1), sendo maior entre as mulheres (22,14%) do que entre os homens (9,90%).

Referente aos TA, observou-se que 5,02% da população estudada foram considerados suspeitos de TCAP e 1,00% de BN (Tabela 1).

Foram associadas estatisticamente aos TCAP, as variáveis faixa etária, renda mensal e obesidade. Houve maior prevalência de TA na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos. Indivíduos que tinham renda mensal abaixo de um salário-mínimo, apresentaram maior prevalência de TCAP quando comparados com os de renda superior a um salário-mínimo. Para as variáveis sexo e situação conjugal, apesar de não ser verificada significância estatística, o TCAP foi mais prevalente no sexo feminino e entre os solteiros (Tabela 2).

Indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos e os que apresentaram obesidade tiveram maiores prevalências de BN. Para as demais variáveis analisadas (sexo, situação conjugal, renda mensal, escolaridade, raça, atividade de lazer) não foram detectadas associações estatisticamente significantes. No entanto, os solteiros apresentaram maiores prevalências deste TA quando comparados com os casados, bem como os negros em relação aos não-negros. Observou-se que indivíduos que não praticavam atividade de lazer tinham maior prevalência de BN quando comparados com aqueles que a praticavam. In-

**Tabela 1.** Caracterização da população de 20 a 59 anos da zona urbana segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e transtornos alimentares –Feira de Santana (BA), 2007.

Variáveis (n)	n	%
Sexo (2.506)		
Feminino	1.844	73,58
Masculino	662	26,42
Faixa etária (2.506)		
20 a 29 anos	873	34,83
30 a 39 anos	650	25,93
40 a 49 anos	547	21,82
50 a 59 anos	436	17,42
Situação Conjugal (2.492)		
Casado/união estável	1.423	57,07
Solteiro	781	31,34
Divorciado/desquitado	181	7,26
Viúvo	107	4,33
Renda mensal (2.505)		
≤1 salário-mínimo*	1.959	78,20
>1 salário-mínimo*	546	21,80
Escolaridade (2.499)		
Ensino médio	1.124	44,97
Fundamental	1.116	44,65
Superior	178	7,26
Sem escolaridade/lê escreve	81	3,12
Raça (2.374)		
Negra	1.958	82,47
Não negra	416	17,53
<b>Hábitos de vida</b>		
Intensidade da atividade física (2.133)		
Leve	1.453	68,12
Moderada	557	26,11
Intensa	123	5,77
Fumante (2.502)		
Sim	351	14,03
Não	2.151	85,97
Etilismo (2.505)		
Sim	829	33,09
Não	1.676	66,90
<b>Doenças autorreferidas</b>		
Obesidade (2.504)		
Sim	217	8,67
Não	2.287	91,33
<b>Transtornos alimentares</b>		
TCAP (2.506)		
Sim	126	5,03
Não	2.380	94,97
BN (2.506)		
Sim	25	1,00
Não	2.481	99,00
<b>Incômodo com o peso e aparência no último mês (2.486)</b>		
Não incomodou	1.505	60,55
Incomodou-me um pouco	511	20,55
Incomodou-me muito	470	18,90

\*salário-mínimo da época R\$ 380,00; TCAP – transtorno de compulsão alimentar periódica; BN – bulimia nervosa.

divíduos com ensino médio apresentaram maior prevalência em relação aos de nível superior, para o desenvolvimento de BN. Observou-se também que indivíduos com renda superior a um salário-mínimo, tiveram maior prevalência para a BN (Tabela 2).

Observando a faixa etária em ambos os transtornos (TCAP e BN), detectou-se uma prevalência de 2,81 vezes maior de TCAP na faixa etária de 20 a 29 anos, quando comparados com os indivíduos da faixa etária de 50 a 59 anos, e 2,96 vezes maior de BN, em comparação com a faixa etária de 40 a 49 anos de idade, visto que não houve indivíduos suspeitos de desenvolver BN na faixa etária de 50 a 59 anos (Tabela 2).

As mulheres obesas apresentaram maiores prevalências de TCAP e BN (Tabela 3), entre elas observou-se maior prevalência de transtornos na faixa etária de 20 a 29 anos, em comparação com idade acima de 40 anos (Tabela 3).

A frequência de insatisfação com a imagem corporal nos indivíduos estudados foi maior entre as mulheres do que entre os homens (Tabela 1).

A prevalência de TCAP foi maior entre as mulheres que estavam insatisfeitas com a sua aparência quando comparadas com aquelas que não apresentavam insatisfação. Quanto à BN, essa relação foi ainda mais elevada entre as que estavam insatisfeitas com o peso (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Entre os indivíduos pesquisados, a prevalência de TCAP foi mais elevada do que a de BN, havendo um maior predomínio nos indivíduos da faixa etária de 20 a 29 anos, e no sexo feminino. Verificou-se maior prevalência de TA em indivíduos que se autorreferiram como obesos e entre os indivíduos que tinham escolaridade no ensino médio. No entanto, a validade desta informação pode ser questionada em função da distorção da imagem corporal apresentada neste tipo de distúrbio.

O perfil dos pacientes portadores de transtornos alimentares é: adolescentes do sexo feminino e mulheres adultas jovens, raça branca e altos níveis socioeconômico e cultural. No entanto, observa-se cada vez mais um grupo heterogêneo, sendo realizado diagnóstico na raça negra e indivíduos com níveis socioeconômico e cultural baixos<sup>21</sup>.

A faixa etária e a obesidade tiveram significância estatística considerável quando associadas aos transtornos. Indivíduos de 20 a 29 anos e obesos tiveram maior prevalência de desenvolver TA quando comparados com indivíduos na faixa etária acima de 40 anos e entre os não obesos.

No presente estudo, observou-se que a prevalência dos TA foi maior entre as mulheres – a preocupação com a imagem corporal torna este grupo mais vulnerável ao desenvolvimento

**Tabela 2.** Prevalência (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, de transtornos alimentares e fatores de risco entre a população de 20 a 59 anos de Feira de Santana (BA), 2007.

Variáveis	Transtornos Alimentares					
	Prevalência (%)	TCAP RP	IC	Prevalência (%)	BN RP	IC
<b>Sexo</b>						
Feminino	5,26	1,20	0,72 – 1,68	0,98	1,07	0,44 – 2,57
Masculino	4,38	*	*	1,05	*	*
<b>Faixa etária</b>						
20 a 29 anos	7,10	2,81	1,46 – 5,39	1,60	2,96	0,64 – 13,57
30 a 39 anos	4,61	1,82	0,84 – 3,96	1,23	2,27	0,45 – 11,30
40 a 49 anos	4,20	1,66	0,73 – 3,74	0,54	*	
50 a 59 anos	2,52	*	*	0,00	0,00	-
<b>Situação conjugal</b>						
Solteiro	5,63	1,36	0,92 – 2,00	0,89	1,33	0,55 – 3,22
Divorciado/desquitado	4,94	1,20	0,59 – 2,44	1,09	1,09	0,14 – 8,23
Casado/união estável	4,11	*	*	1,19	*	
Viúvo	2,80	1,46	0,45 – 4,72	0,00	-	-
<b>Renda mensal</b>						
≤1 salário-mínimo*	5,51	1,67	1,00 – 2,77	1,07	1,36	0,46 – 3,97
>1 salário-mínimo*	3,29	*	*	1,46	*	*
<b>Escolaridade</b>						
Fundamental	4,56	1,01	0,47 – 2,17	0,98	1,75	0,22 – 13,63
Ensino médio	5,87	1,30	0,61 – 2,76	1,15	2,05	0,23 – 13,46
Superior	4,49	*	*	0,56	*	*
Semiescolaridade/lê escreve	2,46	1,82	0,38 – 8,77	0,00	-	
<b>Raça</b>						
Negra	5,36	*	*	1,12	1,00	*
Não negra	4,78	1,12	0,67 – 1,84	0,48	2,33	0,54 – 9,94
<b>Atividade de lazer</b>						
Sim	5,02	1,00	-	0,52	*	*
Não	5,02	1,00	-	1,08	2,07	0,48 – 8,81
<b>Obesidade</b>						
Sim	13,36	3,18	2,04 – 4,94	2,76	3,20	1,26 – 8,09
Não	4,19	*	*	0,83	*	*

\*salário-mínimo da época – R\$ 380,00; TCAP – transtorno de compulsão alimentar periódica; BN – bulimia nervosa; RP – razão de prevalência; IC – intervalo de confiança.

**Tabela 3.** Prevalência (%), razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, de transtornos alimentares, obesidade, faixa etária e situação conjugal, em mulheres da população de 20 a 59 anos de Feira de Santana (BA), 2007.

Variáveis	Transtornos Alimentares					
	Prevalência(%)	TCAP RP	IC	Prevalência (%)	BN RP	IC
<b>Obesidade</b>						
Sim	12,5	2,80	1,70 – 4,59	2,71	3,47	1,22 – 9,84
Não	4,46	*	*	0,78	*	*
<b>Faixa etária</b>						
20 a 29 anos	7,36	2,71	1,30 – 5,60	1,60	3,40	0,74 – 15,59
30 a 39 anos	5,11	1,88	0,86 – 4,09	1,28	2,72	0,54 – 13,55
40 a 49 anos	4,29	1,58	0,70 – 3,56	0,47	*	*
50 a 59 anos	2,71	*	*	0,00		-
<b>Situação conjugal</b>						
Casado/união estável	5,23	*	*	1,23	*	*
Solteiro	5,71	1,09	0,69 – 1,71	0,73	1,68	0,54 – 5,17
Divorciado/desquitado	5,67	1,08	0,50 – 2,31	0,70	1,75	0,23 – 13,48
Viúvo	3,00	1,74	0,53 – 5,66	0,00	-	
<b>Incômodo com o peso e aparência no último mês</b>						
Não incomodou	2,65	*	*	0,39	*	*
Incomodou-me pouco	6,45	2,43	1,40 – 4,22	0,97	2,48	0,45 – 13,59
Incomodou-me muito	12,44	4,69	3,06 – 7,18	2,97	7,61	2,90 – 19,91

\*salário-mínimo da época – R\$ 380,00; TCAP – transtorno de compulsão alimentar periódica; BN – bulimia nervosa; RP – razão de prevalência; IC – intervalo de confiança.

destes transtornos. Os estudos encontrados foram realizados especificamente com a população feminina, o que torna a abordagem da população masculina neste estudo relevante, já que este grupo não se encontra excluído do aparecimento de tais transtornos. A prevalência de BN entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de, aproximadamente, 1 a 3%<sup>4</sup>. Um estudo com universitárias de Santa Catarina, idade média de 20,2 anos, constatou a prevalência de 3,6% de BN; não houve associação estatisticamente significativa entre BN e atividade física, pois aquelas que a realizavam também desenvolveram sintomas desse transtorno<sup>22</sup>.

Pode ser feita uma comparação entre tais resultados e os encontrados neste estudo, apesar de não ter envolvido apenas o gênero feminino. Verificou-se a prevalência de 1,00% de BN para as mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos e, quanto a este TA, não foi observada associação significativa com atividade física, embora tenha sido constatado que indivíduos que não realizavam atividade física apresentaram tendência a desenvolvê-lo.

Um estudo tipo caso-controle, também realizado com população feminina, detectou que a faixa etária para o desenvolvimento tanto da BN como dos TCAP estava entre 23,7 e 24,5 anos, respectivamente<sup>23</sup>; dado semelhante ao encontrado neste estudo.

Segundo pesquisa desenvolvida por Vitolo, Bortolini e Horta<sup>24</sup> com universitárias de instituições privadas da cidade de São Leopoldo, 18,1% apresentaram compulsão alimentar periódica, e as que apresentaram excesso de peso (para a classificação do perfil antropométrico, foi utilizado peso e estaturas autorreferidas) mostraram-se mais susceptíveis a desenvolver este transtorno. Estes dados corroboram o presente estudo, uma vez que a obesidade autorreferida mostrou associação estatisticamente significativa com os TCAP.

Em um estudo, do tipo corte transversal, que teve como objetivo verificar a prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de TA em estudantes de ensino superior de uma instituição privada de Maringá (PR), Fernandes et al.<sup>25</sup> detectaram como característica de sua população: idade média de 21±5,06 anos, sexo feminino e prevalência suspeita da sintomatologia relacionada à BN de 7,87%, foi considerada alta pelos autores, se comparada com outros estudos.

A prevalência de indivíduos obesos, de ambos os sexos, que tiveram suspeitas no diagnóstico de TCAP, foi maior do que os não obesos. Appolinário, Coutinho e Povoá<sup>15</sup>, em estudo de corte transversal, avaliaram a prevalência de TCAP em indivíduos que procuravam tratamento para emagrecer em uma clínica particular, e encontraram uma prevalência similar à encontrada no presente estudo, de 15%, na população geral (homens e mulheres) e 14,90% de TCAP, no sexo feminino.

Este estudo contemplou homens e mulheres, pois são poucos os estudos realizados com indivíduos do sexo masculino. Do ponto de vista de Melin e Araújo<sup>26</sup>, a baixa frequência de TA em homens contribuiu para que estes fossem diversas vezes ignorados e menosprezados, chegando mesmo à crença de que homens não sofreriam destes distúrbios. Os TA e alguns transtornos psiquiátricos estão relacionados com a depressão e o uso abusivo de álcool e drogas, são semelhantes entre homens e mulheres, porém, a frequência de suicídio é maior entre os homens. Os adolescentes do sexo masculino com sintomas bulímicos apresentaram maior perfeccionismo e desconfiança interpessoal do que as mulheres.

Estudo sobre transtornos alimentares em homens, realizado com homossexuais, revelou que 19% apresentavam transtornos de comportamento alimentar e 25% apresentavam vômitos ocasionais ou após as refeições, tendo preocupação com imagem corporal<sup>27</sup>.

Segundo Di Pietro e Lobão<sup>28</sup>, o quadro clínico e a resposta terapêutica dos TA são semelhantes em ambos os sexos, sendo que, no sexo masculino, constituem um desafio para o diagnóstico. Talvez pela baixa incidência neste sexo ou pelo fato de serem excluídos dos estudos epidemiológicos, e ainda pela crença de que os TA são considerados manifestações exclusivas das mulheres.

Na avaliação da imagem corporal, os indivíduos deste estudo revelaram sentir incômodo devido ao peso e à aparência. Ao analisar o sexo feminino, especificamente, verifica-se que esta frequência aumenta quando comparada com a insatisfação com o peso e a aparência demonstrada pelos homens. Cenci, Peres e Vasconcelos<sup>22</sup> observaram uma insatisfação corporal semelhante (20%). Saur e Pasian<sup>29</sup>, em pesquisa realizada numa universidade de São Paulo, cujo objetivo foi avaliar a percepção da imagem corporal com diferentes pesos, constataram que indivíduos com peso acima do ideal referiram estar mais insatisfeitos com seu peso. Igualmente, em nossa análise, verificamos que os indivíduos obesos apresentaram maior prevalência de insatisfação com o peso e com a aparência.

Entre as mulheres obesas que relataram incômodo com o peso e a aparência, apresentaram-se indícios de diagnóstico de TCAP. Num estudo realizado com um grupo de pacientes do sexo feminino, para controle de peso e tratamento de TA do Rio de Janeiro, observou-se que mulheres obesas com TCAP apresentaram níveis maiores de insatisfação corporal<sup>30</sup>.

Estudos de corte transversal não permitem estabelecer uma relação temporal entre causa e efeito, devido ao fato de fazerem um delineamento destes determinantes em um mesmo momento<sup>31</sup>, o que pode ser visto como uma das limitações deste estudo. Além disto, deve-se considerar a possibilidade

de viés de prevalência e de sobrevivência, pois estes tipos de estudo fornecem dados de casos já existentes, o que não permite incluir óbitos ou curas<sup>32</sup>.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi outro limite encontrado, na medida em que mesmo não foi construído especificamente para a coleta de dados sobre os TA. Vários estudos apontam a baixa prevalência dos TA<sup>19,25,26</sup>. E isto representa uma dificuldade para os estudos de base populacional, os quais exigem grandes amostras<sup>33</sup>. Embora, este estudo tenha sido realizado com uma amostra grande da população (n=2.506), os resultados obtidos se limitam a população estudada, ou seja, não é possível fazer inferências estatísticas para a população de Feira de Santana.

O presente estudo deverá contribuir para desmistificar alguns aspectos relacionados aos TA, o que pode beneficiar

a assistência à saúde da população. Embora a maioria dos estudos apontem para uma maior prevalência dos TA entre as mulheres jovens, de classe social mais favorável e de cor branca, pode-se inferir, a partir dos dados encontrados que a distribuição dos TA na população é mais ampla do que se supõem. A expectativa é, portanto, de que um alerta para novas investigações tenha sido aqui veiculado, principalmente para estudos futuros com a população masculina.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo são de grande importância para que se avaliem as prevalências de transtornos alimentares e, a partir disso, possam ser planejadas ações que contemplem a prevenção e o controle destas patologias nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- SOUTO S, FERRO-BUCHER JSN. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Rev Nutr.* 2006;19(6):693-704.
- NEGRÃO AB. Mecanismos regulatórios do apetite, da fome e da saciedade nos transtornos alimentares. In: Philippi ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional.* Barueri: Manole; 2004.
- CLAUDINO AM, BORGES MBE. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24 Suppl 3:S7-12.
- CORDÁS TA, SEGAL A. Bulimia nervosa I: aspectos clínicos. *J Bras Psiquiatr.* 1995;44 Suppl1: S20-4.
- HERZOG DB, NUSSBAUM KM, MARMOR AK. Comorbidity and Outcome in Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1996;19(4):843-59.
- NIELSEN S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24(2):201-14.
- FIATES GMR, SALLES RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr.* 2001;14 Suppl:3-6.
- NUNES MA, OLINTO MTA, BARROS FC, CAMEY S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(1):21-7.
- DUNKER KL, PHILIPPI ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr.* 2003;16(1):51-60.
- APPOLINÁRIO JC. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(2):75-6.
- STUNKARD AJ, ALLISON KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(1):1-12.
- GRILLO CM. Binge eating disorder. In: Fairburn CG, Brownell KD (editors). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook.* New York: Guilford Press; 2002. p. 178-82.
- MARCHESINI G, NATALE S, CHIERICI S, MANINI R, BESTEGHI L, DI DOMIZIO S, ET AL. Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002;26(9):1261-7.
- APPOLINÁRIO JC, COUTINHO W, POVOA, LC. O transtorno do comer compulsivo: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr.* 1995; 44 Suppl 1: S38-45.
- COUTINHO, W.F. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 2000.
- LOPES F, BUCHALLA CM, AYRES JR CM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41 Suppl 2:39-46.
- SPITZER RL, KROENKE K, WILLIAMS JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA.* 1999;282(18):1737-44.
- ZUBARAN C, PERSCH K, TARSO D, IOPPI AE, MEZZICH J. The portuguese version of the personal health scale: a validation study in southern Brazil. *Clinics.* 2007;62(4):419-26.
- PRISCO APK. Transtornos do comportamento alimentar em trabalhadores residentes em zona urbana [tese]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2009.
- GRUCZA RA, PRYBECK TR. PREVALENCE AND CORRELATES OF BINGE EATING DISORDER IN A COMMUNITY SAMPLE. *Compr Psychiatry.* 2007;48(2):124-31.
- BORGES NJBG, SICCHIERI JMF, RIBEIRO RPP, MARCHINI JS, DOS SANTOS JE. Transtornos alimentares – quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2006;39(3):340-8.
- CENCI M, PERES KG, VASCONCELOS FAG. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Rev Psiq Clín.* 2009;36(3):83-8.
- FAIRBURN CG, DOLL HA, WELCH SL, HAY PJ, DAVIES BA, O'CONNOR ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(5):425-32.

24. VITOLO MR, BORTOLINI GA, HORTA, RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiatr Rio Gde Sul*. 2006;28(1):20-6.
25. FERNANDES CAM, RODRIGUES APC, NOZAKI VT, MARCON SS. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo em universitárias de uma instituição de ensino particular. *Arq Ciênc Saúde Unipar*. 2007;11(1):33-8.
26. MELIN P, ARAÚJO AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002; 24 Suppl 3:S73-6.
27. HEINBERG LJ, PIKE E, LOUE S. Body image and eating disturbance in African-American men who have sex with men: preliminary observations. *J Homosex*. 2009;56(7):839-48.
28. DI PIETRO MC, LOBÃO BF. Transtornos alimentares em homens. In: Claudino AM, Zanella MT. (coordenadoras). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. Barueri: Manole; 2007.
29. SAUR AM, PASIAN SR. Satisfação com a imagem corporal em adultos de diferentes pesos corporais. *Aval Psicol*. 2008;7(2):199-209.
30. MOREIRA RO, BATISTA APC. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(1):130-1.
31. MEDRONHO R, BLOCH KV, LUIZ RR, WERNECK GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2006.
32. PEREIRA MG. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
33. MORGAN CM, CLAUDIBI AM. Epidemiologia e etiologia. In: Claudino AM, Zanella MT. (coordenadoras). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. Barueri: Manole; 2007.

Recebido em: 01/08/2010

Aprovado em: 08/06/2011