

# PREVALÊNCIA DE BULIMIA E FATORES DE RISCO EM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES NO LESTE DE MINAS GERAIS, BRASIL

BULIMIA PREVALENCE AND RISK FACTORS IN A SAMPLE OF STUDENTS IN EAST OF MINAS GERAIS, BRAZIL

GABY LUIZA FREITAS **GUIMARÃES**<sup>1</sup>, FREDERICO MICKAEL MEIRA **CAMPOS**<sup>1</sup>, IAN DIMAS **CABRAL**<sup>1</sup>, LAMARA LAGUARDIA VALENTE **ROCHA**<sup>2\*</sup>

1. Discente do curso de Medicina pelo Centro Universitário de Caratinga – UNEC; 2. Graduada em Ciências biológicas pela UFMG; Mestre em Biologia Celular pela UFMG; Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV; docente titular do Centro Universitário de Caratinga – UNEC.

\* Av, Moacir de Matos, Vila Onze nº 36, Centro, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-100. [lamara.laguardia@gmail.com](mailto:lamara.laguardia@gmail.com)

Recebido em 16/02/2016. Aceito para publicação em 19/04/2016

## RESUMO

Verificar a prevalência de bulimia e fatores de risco em estudantes entre 15 – 17 anos, em instituições particulares. A amostra foi composta por 37 alunos, aplicação de questionário utilizando o Teste de Investigação Bulímica de Edinburgo (BITE) que foi desenvolvido por Henderson e Freeman, (1987), para medir os episódios bulímicos e fatores ligados à cognição e ao comportamento do bulímico. As escolas A, B e C mostram-se hábito alimentar não usual e valores insignificantes para bulimia. O estudo realizado não identificou a presença de Bulimia, mas verificou a existência de sintomas da mesma. Refazer o abstract pois mudei aqui.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bulimia, transtornos alimentares, faixa escolar.

## ABSTRACT

To investigate the prevalence of bulimia and risk factors in students aged 15-17 years in private institutions. A sample consisted of 37 students, a questionnaire using the Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), which was developed by Henderson and Freeman, (1987), to measure bulimic episodes and factors related to cognition and behavior of bulimic. Schools A, B and C are shown unusual feeding habits and insignificant values for bulimia. The study did not identify the presence of Bulimia, but found the existence of the same symptoms. Redo the abstract since I moved here.

**KEYWORDS:** Bulimia, eating disorders, school age.

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a adolescência, tanto o sexo feminino quanto o masculino passam por diferentes alterações<sup>1</sup>, que podem acentuar a preocupação que o adolescente possui com o seu corpo. Estudos têm apresentado elevada prevalência de insatisfação corporal em jovens escolares brasileiros<sup>2</sup>. Sabe-se que a depreciação com o peso e com a aparência física pode predispor os jovens a desenvolverem hábitos deletérios a saúde na tentativa de modificarem suas morfologias corporais<sup>3,4</sup>, gerando comportamentos alimentares inadequados e outras práticas prejudiciais à saúde<sup>5,6</sup>.

Temos com principais transtornos alimentares a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) que frequentemente são crônicos e associados com um alto índice de comorbidade<sup>6,7</sup>. AN é uma doença que leva à inanição, com excessiva perda de peso e com grande desgaste físico e psicológico, em função de uma distorção da imagem corporal, os anoréxicos se percebem sempre gordos, continuando a restringir suas refeições<sup>8</sup>. Já em relação a BN a etiologia não está totalmente esclarecida, mas de acordo com alguns autores, acredita-se que a baixa autoestima, a depressão, a pressão social para ser magro e a insatisfação com a imagem corporal podem ser fatores que, em associação, contribuem para a ocorrência da bulimia nervosa<sup>9,10</sup>. Ela não leva ao estado nutricional seriamente depletado e a distorção do tamanho corpóreo normalmente é menor em comparação a AN<sup>11</sup>. Os bulímicos geralmente se mantêm próximos ao peso normal ou até mesmo com um leve sobrepeso, alternando crises de hiperfagia com vômitos autoinduzidos<sup>12</sup>.

Segundo uma revisão de *Woodside*, baseada em estudos de gêmeos, a hereditariedade das desordens da alimentação mostram uma taxa de 75% a 80% para anorexia e 45% a 55% para bulimia. Alguns autores trazem que os

transtornos da alimentação são mais prevalentes nos países industrializados, apesar da existência de vários trabalhos mostrando que os transtornos já fazem parte dos problemas de saúde pública de países em desenvolvimento<sup>13,14</sup>. De acordo com um grande número de autores, a prevalência desses transtornos, que fica entre 1% e 4%, vem aumentando significativamente nos últimos anos<sup>15</sup>. E sabe-se que o sexo feminino e o jovem com o estado nutricional inadequado (sobrepeso/obesidade) costumam ser mais acometidos por estes comportamentos<sup>5,16</sup>.

O aumento na prevalência de transtornos alimentares, principalmente entre os adolescentes representa um desafio para a saúde pública, aumentando a demanda por trabalhos, inclusive epidemiológicos que visem determinar a frequência destes distúrbios em populações de risco. Desta maneira, o presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de bulimia e fatores de risco em uma amostra de estudantes de ambos os sexos, com faixa etária entre 15 – 17 anos, em instituições particulares do ensino médio na cidade Caratinga-MG.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### Definição da amostra e área de estudo

A amostra foi formada por alunos do Ensino Médio das instituições particulares, localizados na área urbana do município. Para obter esta amostra de estudantes foi feito contato com a direção das Escolas e solicitado através de ofício permissão para o desenvolvimento do trabalho, onde também será explicado os objetivos do presente estudo.

Para cálculo da amostra foi utilizada a fórmula estatística proposta por<sup>17</sup>, para pequena população, considerando um erro amostral de 5%, desta forma:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$

onde:

- $n_0$  é a primeira aproximação do tamanho da amostra;
- $E_0$  é o erro amostral tolerável (Ex.: 5% = 0,05);

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

onde:

- $N$  é o número de elementos da população;
- $n$  é o tamanho da amostra.

Como princípio de inclusão considerou-se ser estudante com faixa etária entre 15 e 17 anos e que assinassem o termo de consentimento livre esclarecido. Foram excluídos os alunos que ao final da etapa de levantamento de dados não entregaram os questionários preenchidos e/ou não apresentaram o termo de consentimento livre esclarecido devidamente assinado.

### Perfil socioeconômico

Foi aplicado um questionário semiestruturado para avaliar as condições socioeconômicas em adolescentes considerando as seguintes variáveis: descendência dos pais; grau de escolaridade da mãe e/ou do pai; quantos carros, TV em cores, banheiros, empregadas mensalistas, rádios possuem; se há ou não no domicílio aparelho videocassete/DVD, máquina de lavar roupa, geladeira, aspirador de pó (anexo 3).

### Frequência de bulimia

Para determinar a variável em questão, também será aplicado um teste, o Teste de Investigação Bulímica de Edinburg (BITE) que foi desenvolvido por Henderson e Freeman<sup>18</sup>, para medir os episódios bulímicos e fatores ligados à cognição e ao comportamento do bulímico. Pode ser usado tanto como um instrumento epidemiológico para a identificação de casos subclínicos e clínicos de bulimia, como também para monitorar a evolução dos pacientes e medir a resposta ao tratamento instalado<sup>19</sup>.

O teste BITE consiste em 33 questões de autopreenchimento e duas subescalas de pontuação: a Escala Sintomática, para avaliar o grau dos sintomas presentes, e a Escala da Gravidade, que fornece um índice da gravidade do comportamento compulsivo e purgativo, definido pela frequência em que ocorrem<sup>18</sup>.

### Escala sintomática

Para obter a escala sintomática é necessário contar a pontuação de todas as questões do questionário BITE, com exceção das questões 6, 7 e 27. As questões 1, 13, 21, 23 e 31 valem um ponto para a resposta “Não”. As outras vinte e cinco (25) questões recebem um ponto para a resposta “Sim”.

A pontuação máxima possível são de trinta (30) pontos, onde pode ser subdividida em quatro grupos: pontuação abaixo de dez (10); pontuação de dez (10) a quatorze (14), de quinze (15) a dezoito (18) e maior ou igual a vinte (20) pontos (QUADRO 1)<sup>18</sup>.

Os indivíduos que atingem uma pontuação maior ou igual a vinte (20) pontos, apresentam grande probabilidade para o critério diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV (1994) e o critério de RUSSELL<sup>20</sup>, indicando um padrão alimentar altamente desorganizado e a presença de episódios compulsivos. Uma pontuação entre quinze (15) e dezoito (18) deveria ser seguida de entrevista, pois indivíduos nesta categoria podem refletir um grupo subclínico de bulímicos, seja na fase inicial do distúrbio ou no final do tratamento.

Uma pontuação entre dez (10) e dezoito (18), sugere um hábito alimentar não usual, porém é insuficiente para preencher todos os critérios de diagnóstico para bulimia nervosa. Uma escala sintomática entre 0 e 10 preenche os limites normais de padrão alimentar; tal pontuação indica

a ausência tanto de compulsão alimentar quanto de bulimia nervosa<sup>18</sup>.

**Quadro 1.** Escala sintomática de acordo com pontuação do BITE.

Pontos	Classificação
0 - 9	sem sintomas
10 - 14	hábito alimentar não usual
15 - 19	grupo sub-clínico
≥ 20	com sintomas

### Escala de gravidade

As três questões destacadas 6, 7 e 27, constituem a escala da gravidade. As questões tem como objetivo fazer um levantamento sobre a frequência de jejum, uso de moderadores, diuréticos, laxantes e o estímulos de vômitos para auxiliar a perda de peso e, por último, qual a frequência dos episódios de alimentação exagerada. O total da pontuação corresponde à soma dos valores atribuídos a cada questão respondida<sup>18</sup>.

Esta escala mede o comportamento compulsivo e purgativo e também a sua gravidade, definido pela frequência com que eles ocorrem (QUADRO 2). Uma pontuação de no mínimo cinco (5) pontos ou mais é considerada clinicamente significativa, enquanto maiores dez (10) pontos indica alta gravidade. Para ambas pontuações, deve-se fazer entrevista psiquiátrica para um diagnóstico mais preciso<sup>18</sup>.

**Quadro 2.** Escala de gravidade de acordo com pontuação do BITE.

Pontos	Classificação
0 - 4	Insignificante
5 - 9	significante clinicamente
≥ 10	alta gravidade

### Análise dos dados

Para o perfil socioeconômico, os resultados serão apresentados como frequências percentuais. Já, para obtenção dos resultados relativos à presença ou não de bulimia será utilizada a escala proposta pelo autor do teste BITE para obtenção dos resultados relativos à frequência deste tipo de transtorno alimentar.

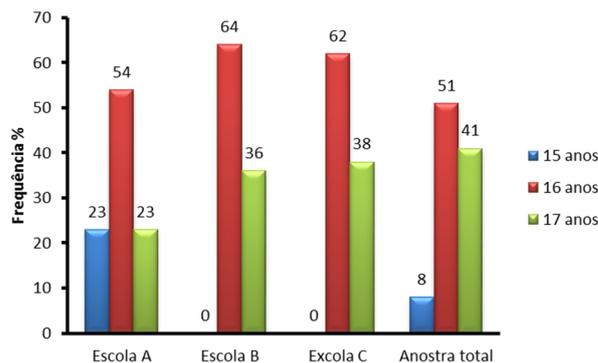
## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número total de alunos com faixa etária entre 15 e 17 anos, matriculados nas três escolas usadas neste estudo, foi de 320, mas após o cálculo para obtenção da amostra, este número passou a ser de 178 alunos. No entanto, somente parte deles entregou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e puderam assim estar inseridos na amostra. Desta maneira foram utilizados somente os dados de 37 alunos, sendo 13 (35%) alunos da Escola A, 11 (29,7%) alunos da Escola B e 13 (35%) da Escola C.

Na amostra total foi observada frequência maior para meninos (51,35%) em comparação com as meninas (48,64%). Além disto, considerando a faixa etária observa-se predomínio de 16 anos em todas as escolas, bem como na amostra total (Figura 1).

De acordo com STANG<sup>21</sup>, foi realizado um estudo

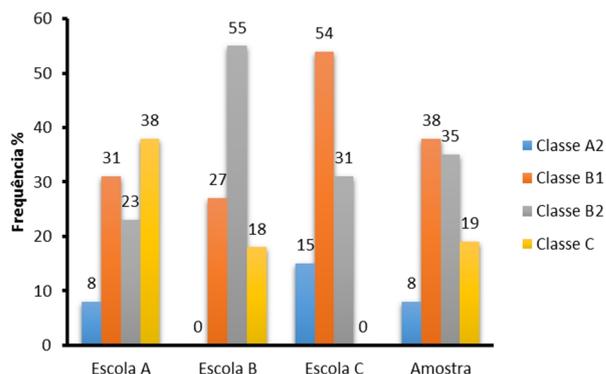
comparativo sobre os aspectos fisiológicos do desenvolvimento em adolescentes, sendo que o sexo masculino apresentava maior peso em comparação com as meninas, assim como em relação à estatura. Um segundo momento o sexo masculino pode ganhar cerca de duas vezes mais massa magra do que as mulheres, resultando em diferenciação na porcentagem de massas magra e gorda. Essas diferenças entre massa corporal magra e gorda afetam as necessidades de nutrientes na adolescência e diferencia as necessidades entre os sexos, com isso o sexo feminino é um grupo de maior risco para desenvolverem transtornos alimentares.



**Figura 1.** Frequência percentual da faixa etária entre os 37 alunos das escolas A, B e C e da amostra total.

Peixoto, realizou um estudo sobre o perfil nutricional de adolescentes com risco para transtornos alimentares, na qual o resultado para o risco para bulimia seja decorrente de longos períodos de jejum identificados no inquérito dietético, o que pode caracterizar um possível quadro de punição devido a uma ingestão calórica inapropriada<sup>22</sup>.

Outro dado considerado neste estudo, foi a classe social a qual pertence a média dos alunos avaliados em cada escola e na amostra total. Os resultados encontram-se registrados na Figura 2.



**Figura 2.** Frequência Percentual da classe econômica dos 37 alunos das escolas A, B e C.

De acordo com a Figura 2, não foi possível identificar no presente trabalho nenhuma correlação entre as classes sociais e a incidência de bulimia entre os adolescentes com faixa etária entre 15 a 17 anos, devido a amostra ser limitada e não ter relevância.

Os resultados do BITE, quanto à detecção de sintomas 0 – 9, apontaram que na escola A teve 62% (n=8), escola B teve 64% (n=7) e escola C teve 69% (n=9) apresentavam hábito alimentar não usual, quanto à detecção de sintomas 10 – 14, a escola A e B não apresentavam risco, apenas a escola C teve 3% (n=1) com o risco de desenvolver transtorno alimentar e refletiu a um quadro subclínico de bulímicos e na detecção de sintomas  $\geq 20$  apontaram a escola A teve 15% (n=2) apresentaram uma grande probabilidade para diagnóstico de BN (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição de alunos adolescentes segundo a escala sintomática, pertencentes a Escola A, B e C e da amostra total em Caratinga, Minas Gerais.

	Escala Sintomática (pontos)											
	0 – 9			10 – 14			15 – 19			$\geq 20$		
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escola A	13	8	62	13	3	23	13	0	0	13	2	15
Escola B	11	7	64	11	4	36	11	0	0	11	0	0
Escola C	13	9	69	13	3	23	13	1	8	13	0	0
Amostra Total	37	24	65	37	10	27	37	1	3	37	2	5

**Tabela 2.** Distribuição de alunos adolescentes segundo a gravidade de acordo com pontuação do BITE, pertencentes a Escola A, B e C e da amostra total em Caratinga, Minas Gerais.

	Escala Gravidade (pontos)								
	0 – 4		5 – 9		$\geq 10$		$\geq 10$		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escola A	13	13	100	13	0	0	13	0	0
Escola B	11	11	100	11	0	0	11	0	0
Escola C	13	13	100	13	0	0	13	0	0
Amostra Total	37	37	100	37	0	0	37	0	0

Em relação à bulimia e aplicação do questionário BITE, Souza *et al.*, avaliaram 1.999 estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FM/UFC), sendo todos do sexo feminino, com idade média de  $20,6 \pm 1,9$  anos, verificaram que 3,5% das alunas apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de bulimia, em contra partida o atual estudo obteve uma amostra reduzida e ampliado para ambos os sexos, na qual obteve 100% de risco para o desenvolvimento de transtorno alimentar na adolescência.

#### 4. CONCLUSÃO

O estudo realizado não identificou a presença de Bulimia, mas verificou a existência de sintomas da mesma. O principal objetivo desta pesquisa foi sobressaltar a prevalência de possível desenvolvimento do transtorno alimentar em questão, diante das intervenções do meio em que esses adolescentes convivem e as possíveis perturbações corriqueiras pertencentes à adolescência. E como não se tem muitos estudos nessa área, tornam-se então necessários, para que seja permitido uma possível comparação dos dados, e tendo assim melhores resultados, para a realização de interações corretas.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Siervogel RM, *et al.* Puberty and body composition. *Hormone Research*, 2003; 60(1):36-45.
- [2] Castro IRR, *et al.* Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(Supl. 2),3099-3108.
- [3] Miranda VPN, *et al.* Insatisfação corporal em adolescentes brasileiros de municípios de pequeno porte de Minas Gerais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2011; 60(3),190-197.
- [4] Oliveira LL, Hutz CS. Transtornos alimentares: O papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 2010; 15(3),575-582.
- [5] Alvarenga MS, Scagliusi FB, Phillippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2010; 38(1),3-7.
- [6] Ximenez RCC, *et al.* Versão brasileira do BITE para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2011; 63(1),52-63.
- [7] Herzog DB, *et al.* Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32:835-42.
- [8] Mahan LK, Stump SE. Nutrição na adolescência. In: Mahan KL, Escott-Stump S, editores. *Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 9a ed. São Paulo: Roca; 1998; 279-283.
- [9] Affenito SG, Kerstetter J. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: women's health and nutrition. *J. Am. Diet. Assoc.*, Chicago, 1999; 99(6):738-51.
- [10] Thompson AM, Chad E. The relationship of pubertal status to body image, social physique anxiety, preoccupation with weight and nutritional status in young females. *Can. J. Public Health*, Ottawa, 2000; 91(3):207-11.
- [11] Williams SR. Equilíbrio de energia e manejo do peso. In: *Fundamentos de Nutrição e Dietoterapia*. 6a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997; 91-113.
- [12] Mirandé G, Celada J, Casas JJ. Prevalence of eating disorders in spanishscholl-age population. *J Adolesc Health*. 1999; 24:212-19.
- [13] Oyewumi LK, Kazarian SS. Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths: I. Bulimic behaviour. *East Afr Med J*. 1992; 69:663-6.
- [14] Ghazal N, Agoub M, Moussaoui D, Batts O. Prevalence of bulimia among secondary school students in Casablanca. *Encephale*. 2001; 27:338-42.
- [15] Lones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson L, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *CMAJ*. 2001; 165:547-52.
- [16] Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Imagem corporal em adolescentes: Associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2010;59(3):198-202.
- [17] Barbeta PA. *Estatística Aplicada às ciências sócias*, 3 ed. UFSC 5ª ed.
- [18] Henderson M, Freman CPL. A self-rating scale for bulimia: the "BITE". *Br J Psychiatry*. 1987; 150:18-24.
- [19] Vilela JEM, Lamounier JÁ, Dellaretti MAF, Neto JRB, Horta GM. Transtorno alimentares em escolares. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(1):49-54: Epidemiologia, anorexia nervosa, bulimia nervosa, comportamento alimentar.
- [20] Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med. London*, 1979; 9:429-48.
- [21] Stang J. Nutrição na adolescência. In: Mahan LK, Krause ES. *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Elsevier; 2010; 246-68.
- [22] Peixoto C, Penteadó G, Oliveira JS, Teixeira MT, Chaves R, Costa CL. Avaliação do perfil nutricional de adolescentes com risco paratranstornos alimentares. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, 2012; 9(3):12-20.