



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

Ano 11 • nº4 • Out-Dez 2021
ISSN 2236-918X

DEBATES em psiquiatria in psychiatry

Publicação destinada exclusivamente aos médicos www.revistardp.org.br

Mala Direta

9912341582/2014-DR/RJ
ABP



O QUE SABEMOS SOBRE *STALKING*?

**FATORES QUE INFLUENCIAM NO NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA
MEDIDA PELA ESCALA WHOQOL-BREF E TENDÊNCIA SUÍCIDA
EM UMA CADEIA FEMININA DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL**

**INSATISFAÇÃO CORPORAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO
PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES:
UMA AVALIAÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA**

**DETERMINANTES SOCIAIS DE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES
DESORDENADOS ENTRE ADOLESCENTES BRASILEIROS**

**INTERFACE DE DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS COM
REPERCUSSÕES PSIQUIÁTRICAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

APRESENTAÇÃO

Prezado(a) leitor(a),

Apresentamos a última edição deste ano, que conta com um editorial, três artigos originais e um artigo de revisão.

Abrindo o número, Gustavo Cambraia do Canto et al. discutem um tema bastante atual, a saber, *stalking* – definição, prevalência e implicações. Em especial, os autores descrevem o envolvimento de psiquiatras nesse fenômeno, lidando com vítimas e também com agressores, em diversas frentes.

Na sequência, o primeiro de três artigos originais, assinado por Eduardo Henrique Teixeira et al., versa sobre o nível de qualidade de vida e tendência suicida em uma cadeia feminina do estado de São Paulo. Por meio das respostas aos questionários aplicados, foi possível observar baixos escores de qualidade de vida e um nível elevado de comportamento suicida. Em meio ao precário suporte à saúde mental, as visitas tiveram efeito protetor para comportamento suicida.

Em seguida, Leonardo Bruno Melo Reis et al. descrevem uma avaliação feita entre estudantes de medicina de uma instituição de ensino privada de Minas Gerais quanto à insatisfação corporal e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Os resultados do estudo transversal revelaram níveis elevados de insatisfação corporal, maior risco para transtornos alimentares, bem como uma grande adesão a hábitos dietéticos.

Distúrbios alimentares também são o tema do terceiro e último artigo original deste número, de autoria de Diôgo Vale et al. Aqui são explorados os determinantes sociais de comportamentos alimentares desordenados entre adolescentes brasileiros, utilizando como amostra dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. A análise estatística dos dados realizada pelos autores revelou os fatores mais fortemente associados com o desfecho, com destaque para insatisfação corporal e vulnerabilidade social.

Encerrando a edição, Daniell de Siqueira Araújo Lafayette et al. nos brindam com uma revisão sobre a interface entre doenças endocrinológicas e repercussões psiquiátricas, com destaque para os sintomas neurológicos e psiquiátricos que podem se manifestar em diversas síndromes. Os autores listam as principais doenças que podem mimetizar quadros psiquiátricos e destacam o importante papel do psiquiatra clínico no sentido de criar uma rotina para o rastreio clínico e laboratorial dessas afecções.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

Antônio Geraldo da Silva

Editor Sênior, *Debates em Psiquiatria*



DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva – DF
Vice-Presidente: Claudio Martins – RS
Diretor secretário: Sergio Tamai – SP
Diretor secretário adjunto: Miriam Gorender – BA
Diretor tesoureiro: Fátima Vasconcellos – RJ
Diretor tesoureiro adjunto: Kleber Oliveira – PA

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Ruy Palhano Silva – MA
Diretor Regional Nordeste: Leonardo Francisco de Albuquerque Barbosa – RN
Diretor Regional Centro-Oeste: Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO
Diretor Regional Sudeste: Humberto Corrêa da Silva Filho – MG
Diretor Regional Sul: Marcelo Feijó de Mello – SP

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Sérgio Cutin – RS
Ronaldo Ramos Laranjeira – SP
Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias – SP

Suplentes:

Eduardo Myllius Pimentel – SC
Suzzana Bernardes de Vasconcellos – AL
Euclides Gomes – RS

ABP - Rio de Janeiro
Rua Buenos Aires, 48 – 3º Andar – Centro
CEP: 20070-022 – Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abppbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abppbrasil.org.br

////// EXPEDIENTE

EDITOR SÊNIOR

Antônio Geraldo da Silva – DF

EDITOR EXECUTIVO

Alexandre Paim Diaz – SC

EDITORES-CHEFES

Leandro Malloy-Diniz – MG
Jose Carlos Appolinario – RJ
Marcelo Feijó de Mello – SP

EDITORES ASSOCIADOS

Alexandre Moreira Amaury Cantilino – PE
Antônio Peregrino – PE
Carmita Helena Najjar Abdo – SP
Clarissa Gama – RS
Érico de Castro e Costa – MG
Fabio Sousa – CE
Itiro Shirakawa – SP
Joel Rennó – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Liborio Schwarzbold – SC
Raphael Augusto Teixeira – SP
Rochelle Affonso Marquette – RS
Tânia Ferraz – SP

EDITORES JUNIORES

Alexandre Balestieri Balan – SC
Antonio Leandro Nascimento – RJ
Camila Tanabe Matsuzaka – SP
Emerson Arcoverde Numes – RN
Izabela Guimarães Barbosa – MG
João Chaves Hiluy – CE
Larissa Junkes – RJ
Lorena Del Sant – SP
Rafael Garcia – RJ

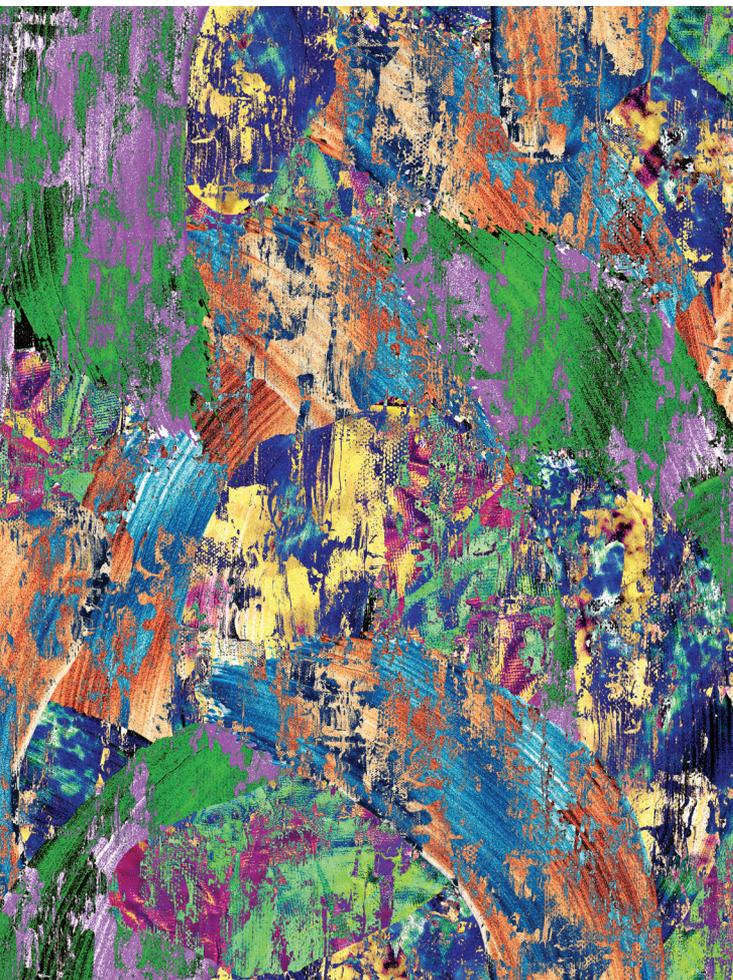
CONSELHO EDITORIAL

Alexandrina Maria Augusta da Silva Meleiro – SP
Alfredo Minervino – PB
Almir Ribeiro Tavares Júnior – MG
Amaury Cantilino – PE
Ana Cecília Petta Roselli Marques – SP
Analice de Paula Gigliotti – RJ
Carla Hervê Moram Bicca – RS
Carla Moita – PB
César de Moraes – SP
Elias Abdalla Filho – DF
Emerson Arcoverde Numes – RN
Evelyn Kuczynski – SP
Fabio Gomes de Matos e Souza – CE
Francisco Baptista Assumpção Junior – SP
Graciele Cunha Asevedo – SP
Helena Maria Calil – SP
Humberto Corrêa da Silva Filho – MG
Irismar Reis de Oliveira – BA
João Luciano de Quevedo – SC
Joel Rennó – SP
José Cássio do Nascimento Pitta – SP
Leonardo Baldaçara – TO
Leonardo Rodrigo Baldaçara – TO
Lucas Alves Pereira – BA
Lucas Quarantini – BA
Maila de Castro Lourenço das Neves – MG
Marcelo Allevato – RJ
Marcelo Ribeiro de Araujo – SP
Marcos A. Gebara Muraro – RJ
Marcos Scanavino – SP
Maria Alice de Vilhena Toledo – DF
Paulo Belmonte de Abreu – RS
Paulo Cesar Geraldês – RJ
Renan Boeiro – SC
Ricardo Barcelos – MG
Rochelle Affonso Marquette – RS
Sergio Tamai – SP
Tânia Ferraz – SP
Tatiana Valverde – DF
Teng Chei Tung – SP
Valentim Gentil Filho – SP
William Azevedo Dunningham – BA

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Gerente Geral: Simone Paes
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO
OUT-DEZ 2021



As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

6/ editorial

O que sabemos sobre *stalking*?

GUSTAVO CAMBRAIA DO CANTO, ALEXANDRE MARTINS VALENÇA, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA, BIBIANA DE BORBA TELLES, ALCINA JULIANA SOARES BARROS, LISIEUX ELAINE DE BORBA TELLES

10/ original

Fatores que influenciam no nível de qualidade de vida medida pela escala WHOQOL-BREF e tendência suicida em uma cadeia feminina do estado de São Paulo, Brasil
EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA, ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR, GIULIANA PERROTTE, MARIA LÍGIA DE CARVALHO SOLSSIA

22/ original

Insatisfação corporal e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: uma avaliação entre estudantes de medicina
LEONARDO BRUNO MELO REIS, GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO, LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES, RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS, JOÃO VITOR COSTA, MATHEUS GOMES PEREIRA, DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA

36/ original

Determinantes sociais de comportamentos alimentares desordenados entre adolescentes brasileiros
DIÔGO VALE, REBEKKA FERNANDES DANTAS, GINETTA KELLY DANTAS AMORIM, CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA, ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA

50/ revisão

Interface de doenças endócrinas com repercussões psiquiátricas: uma revisão de literatura
DANIELL DE SIQUEIRA ARAÚJO LAFAYETTE, PHILIP DE AZEVEDO COSTA URQUIZA, EVELINE MARIA COSMO DE BRITO, SILVIA POLIANA GUEDES ALCOFORADO COSTA, AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR

O QUE SABEMOS SOBRE *STALKING*?

WHAT DO WE KNOW ABOUT STALKING?

Resumo

O termo *stalking* vem da língua inglesa e deve ser entendido como uma forma de agressão que provoca na vítima a sensação de estar sendo perseguida. A prevalência de vitimização por esse fenômeno na comunidade é de aproximadamente 11%. Sua ocorrência está associada a um alto potencial de comprometimento da qualidade de vida, danos psicológicos e/ou físicos, podendo inclusive atingir o risco de vida e aumentar a chance de a vítima desenvolver transtornos mentais. Alguns agressores atendem a critérios para diagnósticos psiquiátricos, como transtorno de personalidade, transtorno bipolar, depressão e transtorno psicótico, necessitando de atenção e tratamento psiquiátrico adequado. Os psiquiatras têm estado envolvidos neste fenômeno de diferentes formas, tais como através da avaliação e tratamento de pacientes vítimas de perseguição, através do tratamento de agressores ou como vítimas de perseguição, para a avaliação de responsabilidade penal e avaliação de risco dos agressores, atuar nas demandas judiciais das vítimas, bem como na avaliação da necessidade de violação do segredo profissional. Esta publicação tem como objetivo lançar luz sobre este fenômeno, para que seja melhor identificado, compreendido e abordado, e que num futuro próximo possamos lançar mão de ferramentas eficazes de prevenção.

Palavras-chave: Psiquiatria forense; código penal; perseguição; transtornos mentais, desordem mental.

Abstract

The term *stalking* comes from the English language and should be understood as a form of aggression that causes the victim the feeling of being persecuted. The prevalence of victimization by this phenomenon in the community is approximately 11%. Its occurrence is associated with a high potential for impairment of quality of life, psychological and/or physical damage,

which may even reach the risk of life and increase the chance of the victim developing mental disorders. Some aggressors meet criteria for psychiatric diagnoses such as personality disorder, bipolar disorder, depression and psychotic disorder, needing attention and adequate psychiatric treatment. Psychiatrists have been involved in this phenomenon in different ways, such as through the assessment and treatment of patients who are victims of stalking, through the treatment of aggressors or as victims of stalking, to carry out criminal liability assessments and risk assessment of the aggressors, act in the judicial demands of victims, as well as in the assessment of the need for breach of professional secrecy. This publication aims to shed light on this phenomenon, so that it is better identified, understood and addressed, and that in the near future, we can make use of effective prevention tools.

Keywords: Forensic psychiatry; penal code; stalking; mental disorders.

INTRODUÇÃO

O termo *stalking* vem da língua inglesa e deve ser entendido como uma forma de agressão que provoca na vítima a sensação de estar sendo perseguida.

Por definição, perseguição é um assédio reiterado, que pode assumir diferentes formas¹, tais como ligar repetidamente para a vítima; enviar presentes indesejados para o local de trabalho ou para a casa da vítima; envio de correspondência com conteúdo impróprio e constrangedor; ficar fisicamente próximo e perceptível, sem entrar em contato direto; fazer contato direto, interceptar a vítima de forma inadequada ou ameaçadora; espalhar boatos falsos sobre a vítima; causar danos materiais (móveis, automóveis, animais de estimação); perseguir o indivíduo em aplicativos, enviar e-mails repetidamente (*cyberstalking*); ameaçador, causando danos físicos diretos e até mesmo matando.



**GUSTAVO CAMBRAIA DO CANTO¹ , ALEXANDRE MARTINS VALENÇA² ,
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA³ , BIBIANA DE BORBA TELLES⁴ , ALCINA
JULIANA SOARES BARROS⁵ , LISIEUX ELAINE DE BORBA TELLES⁶ **

¹ Residência em Psiquiatria Forense. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. ² Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro. ³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ⁴ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. UFCSPA. ⁵ Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento. UFRGS. ⁶ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. UFRGS.

A prevalência de vitimização por esse fenômeno na comunidade é de aproximadamente 11%² (sendo até quatro vezes mais frequente na população feminina). Sua ocorrência está associada a um alto potencial de comprometimento da qualidade de vida, danos psicológicos e/ou físicos, podendo inclusive atingir o risco de vida e aumentar a chance de a vítima desenvolver transtornos mentais¹. A intensidade e frequência das ações de assédio podem influenciar o impacto na vítima². Além disso, é importante considerar o impacto econômico e social que essas situações causam na vítima, com redução da jornada de trabalho, abandono do emprego, restrição da vida social e despesas previdenciárias.

Para fazer frente a essa realidade, em março de 2021, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei 14.132/2021³, que incluiu o artigo 147-A no Código Penal Brasileiro e estipulou penalidade específica para o ato de reiterado assédio a outrem por qualquer meio, que consiste na pena de prisão até dois anos, podendo ser prorrogada na presença de fatores agravantes. A nova lei vem sendo popularmente chamada de “lei anti-*stalking*” e trouxe visibilidade nacional a esse comportamento, o que facilitará a identificação dessas ações e o adequado encaminhamento de agressores e vítimas, seja na esfera judicial ou sanitária. A lei descrita revogou o artigo 65 da Lei de Contravenções Criminais, que dispunha sobre a situação de “molestar ou perturbar a tranquilidade”, e propôs a pena de reclusão de 15 dias a dois meses. A nova lei estabelece punição mais severa para a forma de assédio repetitiva, característica da perseguição.

Embora seja uma forma de agressão ainda pouco estudada no meio científico, os psiquiatras têm se envolvido nesse fenômeno de diferentes formas, tais como na avaliação e tratamento de pacientes vítimas de perseguição, no tratamento de agressores ou como vítimas de perseguição⁴. Além disso, no campo da psiquiatria forense, quando se configura o crime de assédio moral, o profissional pode ser convocado para realizar avaliações de responsabilidade penal e avaliação de risco dos agressores, atuar nas demandas judiciais das vítimas, bem como na avaliação da necessidade de violação do segredo profissional.

PERFIL DOS AGRESSORES E VÍTIMAS

As vítimas são principalmente mulheres em tenra idade. Destaca-se a alta prevalência desse fenômeno entre os profissionais de saúde mental que prestam atendimento ao agressor. Um estudo britânico encontrou uma prevalência de 35% de vitimização por *stalking* entre psiquiatras⁴.

Os homens representam cerca de 80% dos agressores e, frequentemente, a perseguição envolve ameaças explícitas e agressões físicas, sendo frequente a recorrência - 49% dos agressores recorrem (destes, 80% em 1 ano)⁵.

É importante ressaltar que o objetivo do agressor pode ser diferente. Entre os mais comuns estão busca por maior intimidade com a vítima; reconciliação; punição ou vingança; a necessidade de controle; predação sexual. Existem diferentes maneiras de classificar o *stalking*, e a adoção da tipologia pode facilitar a compreensão do risco adicionado a um *modus operandi* específico.

Alguns agressores atendem a critérios para diagnósticos psiquiátricos, como transtorno de personalidade, transtorno bipolar, depressão e transtorno psicótico, necessitando de atenção e tratamento psiquiátrico adequado. Na presença de dúvida sobre a saúde mental do agressor, o juiz pode determinar a Avaliação de Imputabilidade Penal deste, onde além da presença de transtorno mental, o psiquiatra forense deve avaliar a capacidade do agressor em compreender e se determinar ao tempo dos fatos.

O psiquiatra forense, ao avaliar os fatores de risco para este tipo de violência e sua possível recorrência, deve estar atento aos seguintes preditores⁶: história de relação íntima anterior entre agressor e vítima, idade inferior a 30 anos, baixa escolaridade, história de agressões anteriores, ameaças, uso de substâncias psicoativas e ideação suicida do agressor.

Esta publicação tem como objetivo lançar luz sobre este fenômeno, para que seja melhor identificado, compreendido e abordado, e que num futuro próximo possamos lançar mão de ferramentas eficazes de prevenção.

Artigo submetido em 17/12/2021, aceito em 20/12/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

GUSTAVO CAMBRAIA DO CANTO
ALEXANDRE MARTINS VALENÇA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
BIBIANA DE BORBA TELLES
ALCINA JULIANA SOARES BARROS
LISIEUX ELAINE DE BORBA TELLES

EDITORIAL

Fontes de financiamento inexistentes.
Parecer CEP: não se aplica.

Correspondência: Lisieux Elaine de Borba Telles. Email: lisieux383@gmail.com

References

1. Mester R, Birger M, Margolin J. Stalking. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2006;43(2) 102-11. [https //cdn.doctorsonly.co.il/2011/12/2006_2_6.pdf](https://cdn.doctorsonly.co.il/2011/12/2006_2_6.pdf)
2. Dreßing H, Gass P, Schultz K, Kuehner C The prevalence and effects of stalking a replication study. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117 347-53. [https //doi.org/10.3238/arztebl.2020.0347](https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0347) - PMID 32657747 - PMCID PMC7373813
3. Brasil. Lei 14.132/2021 - Crime de perseguição [http //www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20192022/2021/Lei/L14132.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20192022/2021/Lei/L14132.htm)
4. Whyte S, Penny C, Christopherson S, Reiss D, Petch E. The stalking of psychiatrists. *Int J Forensic Ment Health* 2011;10 254-60 [https //doi.org/10.1080/14999013.2011.599097](https://doi.org/10.1080/14999013.2011.599097)
5. Rosenfeld B. Recidivism in stalking and obsessional harassment. *Law Hum Behav.* 2003 Jun;27(3) 251-65. [https //doi.org/10.1023/A:1023479706822](https://doi.org/10.1023/A:1023479706822) - PMID 12794963
6. Rosenfeld, B, Harmon, R. (2002). Factors Associated with Violence in Stalking and Obsessional Harassment Cases. *Criminal Justice and Behavior*, 29(6), 671-691. [https //doi.org/10.1177/009385402237998](https://doi.org/10.1177/009385402237998)

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
GIULIANA PERROTTE
MARIA LÍGIA DE CARVALHO SOLSSIA

FATORES QUE INFLUENCIAM NO NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA MEDIDA PELA ESCALA WHOQOL-BREF E TENDÊNCIA SUICIDA EM UMA CADEIA FEMININA DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

FACTORS THAT INFLUENCE THE LEVEL OF QUALITY OF LIFE MEASURED BY THE WHOQOL-BREF SCALE AND SUICIDE TREND IN A FEMALE CHAIN IN THE STATE OF SÃO PAULO, BRAZIL

Resumo

Introdução: A população de mulheres presas tem aumentado nas últimas décadas em todo o mundo, o Brasil ocupa a 4ª posição em número de mulheres presas e as taxas de depressão e risco de suicídio são elevadas.

Objetivo: Avaliar o perfil sociodemográfico da população de uma prisão feminina, bem como fatores que influenciam o nível de qualidade de vida e aspectos da saúde mental.

Método: Foram utilizados dois questionários. Um instrumento com questões demográficas e psicopatológicas gerais e a escala WHOQOL-BREF para avaliar o nível de qualidade de vida.

Resultados: A amostra estudada foi de 214 presas. Na escala WHOQOL-BREF, os escores de qualidade de vida foram baixos: “precisa melhorar” e “regular”. Comportamento suicida, quando comparado a outros estudos, foi elevado nessa população e suporte psicológico ou psiquiátrico era raros. As visitas tiveram impacto no escore do domínio psicológico do WHOQOL-BREF e promoveram um efeito protetor para comportamento suicida.

Conclusão: É precário o suporte em saúde mental e o risco do isolamento compromete a saúde mental

das presas. É fundamental o contato com o exterior, entretanto, ainda existem várias barreiras e limitações.

Palavras-chave: Prisão feminina, presas, saúde mental, qualidade de vida, ideação suicida, tentativa de suicídio, visitas, WHOQOL-BREF.

Abstract

Introduction: The population of women prisoners has increased in recent decades worldwide and Brazil occupies the 4th position in number of women prisoners and the rates of depression and risk of suicide are high.

Objective: To evaluate the sociodemographic profile of the population of a female prison, as well as factors that influence the level of quality of life and aspects of mental health.

Method: Two questionnaires were used. An instrument with general demographic and psychopathological issues and the WHOQOL-BREF scale to assess the level of quality of life.

Results: The sample studied was 214 women. On the WHOQOL-BREF scale, the quality of life score was low: “needs to improve” and “regular”. Suicidal behavior, when compared to other studies, was high in this population and psychological or psychiatric support was



rare. The visits had an impact on the WHOQOL-BREF psychological domain score and promoted a protective effect against suicidal behavior.

Conclusion: Mental health support is precarious, and the risk of isolation compromises the mental health of prisoners. Contact with the outside is essential, however, there are still several barriers and limitations.

Keywords: Female prison, female prisoners, mental health, quality of life, suicidal ideation, suicide attempt, visits, WHOQOL-BREF.

INTRODUÇÃO

Segundo as diretrizes estabelecidas no Primeiro Congresso das Nações Unidas sobre a Prevenção do Crime e o Tratamento dos Delinquentes, realizado em Genebra em 1955, todo cidadão recluso no sistema penitenciário tem seus direitos definidos em relação ao local de reclusão, espaço físico, alimentação, vestimenta e atendimento à sua saúde¹. Trata-se de uma população com características específicas, em uma situação de vulnerabilidade e risco, que deve receber abordagem ampla dentro dos princípios da confidencialidade, consentimento, honestidade e busca por objetividade e qualificações, segundo Diretrizes Éticas para a Prática da Psiquiatria Forense da Academia Americana de Psiquiatria².

Estudo epidemiológico amplo realizado recentemente nos Estados Unidos para avaliar as condições de saúde física e mental entre encarcerados identificou índices significativamente maiores de pessoas doentes quando comparados à população geral. Este estudo recomendou investimentos em relação aos tratamentos na área de saúde, principalmente com doentes mentais e dependentes químicos, como parte fundamental do processo de reinserção do indivíduo à sociedade³.

Especificamente em relação às mulheres presas, nas Regras das Nações Unidas constam orientações para o tratamento e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok), as quais visam uma assistência digna e possibilidade de recuperação e inserção social plenas⁴. São estabelecidas estratégias específicas para o gênero, como atendimento ginecológico, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, amamentação, entre outras.

As Regras de Bangkok norteiam como devem ser os serviços prisionais direcionados às características e demandas específicas das mulheres. Por exemplo, de acordo com a regra 4, sobre alocação, as mulheres devem permanecer preferencialmente em prisões próximas a seus locais de origem^{4,5}.

Apesar da mudança recente na Lei de Execuções Penais no Brasil promovida pela Lei nº 11.942/2009⁶, a qual aborda as condições mínimas de assistência às mães sobre regime de privação de liberdade, em nosso país, algumas das regras de Bangkok, na maioria dos presídios femininos brasileiros, não são possíveis de serem cumpridas. Grande parte desses presídios eram penitenciárias masculinas que foram “adaptadas” para receber mulheres infratoras.

Da mesma forma que acontece em outros países⁷, a disponibilidade de ferramentas e serviços direcionados para mulheres presas no Brasil é inconsistente e baseados nos modelos e normas aplicadas aos homens⁸. Tais desigualdades exigem uma revisão da lente tradicionalmente centrada no homem para a modernização e uma medida de reclusão digna⁹.

A população carcerária de mulheres presas vem aumentando progressivamente nas últimas décadas ao redor do mundo. Foi fortemente relacionado ao combate ao tráfico de drogas, mas também decorrente de outras questões, pois atingiu mais mulheres de baixa renda e não brancas^{10,11}.

O Brasil faz parte do grupo de doze países com maior população prisional feminina do mundo. Ocupa a 4ª posição em população absoluta, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, da China e da Rússia. Quanto à taxa de aprisionamento, que representa o número de mulheres presas por 100 mil habitantes, o Brasil está em terceiro lugar, atrás apenas dos Estados Unidos e da Tailândia¹².

No Brasil, que atualmente tem a maior população carcerária da América do Sul, em 2016 tinha 726.712 presos, sendo 42.355 mulheres^{10,13}. O estado de São Paulo tem a maior população entre os estados brasileiros, não para de crescer e corresponde a 36% de todos as presas do país (15.104 presos), apesar de ficar apenas em 6º lugar quando avaliada a taxa de aprisionamento por 100 mil habitantes, conforme dados do relatório divulgado pelo Ministério da Justiça referentes ao primeiro semestre de¹²⁻¹⁴.

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
GIULIANA PERROTTE
MARIA LÍGIA DE CARVALHO SOLSSIA

A taxa de aprisionamento de brasileiras apresentou um aumento incomparável com o grupo dos países com maior número de encarceradas. No período de 2000 e 2016, esta taxa aumentou em 455% no país^{12,13}. Já a Rússia, no mesmo período, diminuiu em 2% o aprisionamento de tal população⁹.

Estudos em relação à população carcerária especificamente do sexo feminino são necessários e precisam ser aprofundados, considerando o aumento de prisões entre mulheres em todo mundo¹⁵, além da falta de recursos adequados e específicos ao gênero.

Revisão sistematizada sobre doença mental entre prisioneiros no mundo todo (n=33.588) encontrou maior prevalência de transtorno mentais entre presas quando comparadas aos homens e uma tendência de aumento maior nas taxas de transtornos do tipo depressivo entre mulheres¹⁶. O mesmo padrão de resultado foi encontrado em um estudo com a população carcerária feminina do Rio de Janeiro, estado do Rio de Janeiro, Brasil, no qual foram avaliadas quarenta mulheres¹⁷. Estudo também usando metodologia semelhante com uma população carcerária feminina da cidade de Campinas, estado de São Paulo, Brasil, realizado entre 2012 e 2013, utilizando a escala SFR com n=1.013 mulheres presas, encontrou taxa de 66% de transtornos mentais¹⁸.

As taxas de transtorno depressivo entre as presas são expressivamente maiores em relação à taxa de depressão na população geral¹⁹. Na Alemanha, estudo com presas encontrou uma taxa cinco vezes maior de suicídio comparado à população geral²⁰, apesar do suicídio ainda ser mais frequente entre homens presos²¹.

Segundo levantamento do governo brasileiro, dentre uma população de presas (n= 27.029), foram registradas 48,2 mortes auto provocadas para cada 100 mil mulheres entre a população prisional, enquanto esse número para a população total foi de 2,3 suicídios registrados para cada grupo de 100 mil mulheres²². Com esses valores estima-se que as chances de uma mulher se suicidar são até 20 vezes maiores entre a população prisional, quando comparada à população brasileira feminina total²³.

Segundo último relatório da OMS, a taxa de mortalidade por suicídio no mundo é de 10.6 e o Brasil ainda mantém tendência de aumento crescente nas taxas^{24,25}. O suicídio é um fenômeno complexo²⁶ e as

pessoas em condições vulneráveis devem ser foco de ações preventivas dos serviços de saúde. Sabe-se também que o estresse crônico e o isolamento social, presentes no ambiente carcerário, estão entre os fatores de risco para o suicídio^{27,28}.

Segundo estudo comparando prisioneiros homens com mulheres realizado na Inglaterra com n=6453, confirmou a importância dos relacionamentos afetivos na saúde mental das mulheres muito mais do que entre os homens²⁹. A visita nos presídios é um fator importante para que as mulheres mantenham seus vínculos com familiares e amigos. Muitas vezes, é prejudicada por motivos como localização geográfica da prisão, questões de gênero e regras próprias de cada unidade^{13,30}.

O nível de qualidade de vida de uma pessoa, segundo OMS, é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Alguns instrumentos foram desenvolvidos para avaliar este item e podem ajudar dando uma visão geral de uma população e comparar com outros grupos e ambientes³¹.

Estudos com populações específicas, utilizando a escala para avaliação de qualidade de vida, WHOQOL-BREF, encontraram pontuação baixa em populações específicas, como em populações acometidas por doenças crônicas, como estudo realizado com pessoas contaminadas com HIV e estudo com pacientes em diálise devido a insuficiência renal^{32,33}, além de refugiados³⁴ e idosos com limitações³⁵.

Considerando o aumento progressivo no número de presas e a grave situação do sistema prisional no Brasil, é fundamental uma avaliação cuidadosa desta população para que medidas possam ser definidas de forma mais efetivas. Neste sentido, no estudo abordaremos aspectos da saúde mental das presas, além de fatores relativos ao nível de qualidade de vida das mesmas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e transversal para avaliar fatores que influenciam a qualidade de vida de presas da Cadeia Feminina de Campinas, do estado de São Paulo, Brasil, além de avaliar aspectos da saúde mental, do suicídio e a relação com o padrão de visitas na prisão.



Foram utilizados dois questionários: um geral elaborado pela equipe de pesquisa e a escala autoaplicável WHOQOL-BREF, padronizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Essa última é uma versão reduzida da escala WHOQOL-100 (Worth Health Organization Quality of Life), que surgiu pela necessidade de um instrumento curto que pudesse ser rapidamente preenchido e ao mesmo tempo representar características psicométricas satisfatórias³⁶. Questionário com respostas incompletas maior que 20% foram desconsiderados.

Um questionário geral elaborado pela equipe consistia em 20 questões gerais diversas, que abordaram aspectos epidemiológico, como estado civil e escolaridade, tratamentos psicológico e psiquiátrico, ideação suicida e tentativa de suicídio, recebimento de visitas, uso de drogas, entre outros. Não foi usada escala padronizada para avaliação de padrão suicida porque não fazia parte do protocolo da pesquisa inicialmente.

A escala WHOQOL-BREF é pautada no conceito de qualidade de vida da OMS (1995), que é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É composta por 26 questões, sendo duas sobre qualidade de vida de maneira geral e as demais 24 representando facetas que compõem de fato o instrumento de avaliação. As facetas compõem 4 domínios: os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Foi validada no Brasil em 2000³⁷.

A pesquisa foi realizada de 02/2018 a 08/2018, nas dependências da cadeia. Em decorrência da estrutura física e da dinâmica da própria instituição, não foi possível um encontro com todas as presas, apesar de todas serem convidadas. Sendo assim, inicialmente os pesquisadores reuniram-se com presas denominadas “multiplicadoras”, as quais preencheram seus questionários e, após um treinamento, levaram as escalas para serem aplicadas nas demais presas.

As presas denominadas “multiplicadoras” eram reconhecidas como presas de melhor formação escolar e com mais habilidades no relacionamento com outras presas. Geralmente elas já eram responsáveis pelos seus respectivos grupos. Apesar da necessidade de um treinamento para uso dos questionários, não foram

identificadas dificuldades na aplicação com as outras presas. A participação de todas foi voluntária e a identificação nas fichas ficou a critério das presas.

A pesquisa foi autorizada pelos comitês de ética da PUC-Campinas (nº parecer: 2.209.813) e da Secretaria de Administração Penitenciária do estado de São Paulo (nº parecer: 2.438.660).

Para a avaliação dos dados, foi utilizado o método ANOVA para realizar a comparação de um domínio entre os níveis de uma variável, além da análise de Tukey, para a comparação par a par de todos os níveis da variável estudada.

RESULTADOS

O local onde foi realizada a pesquisa é a única prisão que recebe mulheres na região de Campinas/SP, que é um dos maiores do interior do estado de São Paulo. A população carcerária total no início da pesquisa era de 440 presas (T0: n= 440). Trata-se de um número que permaneceu variando durante todo o período da pesquisa, pois muitas presas estavam aguardando sentença, outras saíram em liberdade ou estavam apenas na unidade transitando entre estabelecimentos prisionais. Não foram consideradas presas que estavam em trânsito, somente a população fixa.

Apesar de toda a população fixa ser convidada a participar de forma voluntária, pois não havia critério de exclusão, o tamanho amostral final foi de 214 (n=214), pois a maioria se recusou a participar (51,3%). As justificativas foram a falta de interesse, receio de interferência no processo criminal, sentimento de falta de segurança sobre o sigilo ou ainda de não ter qualquer benefício decorrente da participação. A maioria nem apresentou justificativa da recusa.

A partir do questionário geral, foi possível traçar o perfil epidemiológico das detentas quanto à situação conjugal, etnia e escolaridade (Tabela 1).

A média de idade das presas foi de 32,4 anos (SD +/-10). A maioria respondeu ser solteira, de etnia branca seguida de parda e com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto). Esses achados são compatíveis com estudos prévios e indicativos de outros levantamentos realizados com a população de mulheres presas, que encontraram mais mulheres de baixa renda e não brancas^{9,10}.

Segundo a escala WHOQOL-BREF (Tabela 2), nos quatro domínios estudados foram encontradas pontuação de nível “regular” (1 a 2,9) e “insatisfatória ou necessita melhorar” (3 a 3,9). O domínio referente ao meio ambiente recebeu a menor pontuação. Os domínios físico, psicológico e social classificaram-se na faixa “regular”. Nenhum atingiu as classificações “boa” e “muito boa”³⁶⁻³⁸.

Essas pontuações indicam baixa qualidade de vida. Nível de pontuação semelhantes foram encontradas em populações acometidas por doenças crônicas e

condições mórbidas ou incapacitantes^{32,33}. Apesar da baixa pontuação neste domínio, apenas 7,0% das presas recebiam tratamento psicológico e 10,7% recebiam tratamento psiquiátrico. Geralmente eram tratamentos pouco estruturados, com frequência irregular e com poucas opções de medicações psiquiátricas.

A pesquisa permitiu também avaliar a presença de pensamentos suicida e de tentativa de suicídio dentro da prisão, a qual mostrou níveis elevados.

Foram avaliadas dentro de cada domínio na escala de qualidade de vida, WHOQOL-BREF. No domínio “psicológico” a pontuação foi baixa nesta escala para os dois quesitos, como seria esperado, além de apresentar diferença com valor estatístico significativo, conforme Tabela 3. As presas que já pensaram em suicídio têm uma pontuação média 1,66 menor no domínio “psicológico” do que as que não pensaram. Faz parte da avaliação deste domínio itens como sentimentos positivos, pensar de forma positiva, conseguir aprender,

Tabela 1 - Características sócio demográficas da população estudada (n=214)

Características	n	%
Estado civil		
Solteira	122	57,0%
Casada	77	35,9%
Separada	8	3,73%
Viúva	7	3,27%
Nível de escolaridade		
Analfabeta	2	0,93
Ensino fundamental	104	48,60
Ensino médio	92	42,99
Faculdade (incompleto)	11	5,14
Faculdade (completo)	3	1,40
NA	2	0,93

NA = não se aplica.

Tabela 2 - Pontuação para os domínios da escala WHOQOL-BREF

Domínio	Pontuação*	Nível	Nível
Físico	3,04	Regular	Regular
Psicológico	3,34	Regular	Regular
Social	3,23	Regular	Regular
Ambiental	2,24	Necessita melhorar	Necessita melhorar

*1 to 2,9 = necessita melhorar; 3 to 3,9 = regular; 4 to 4,9 = bom; 5 = muito bom.

Tabela 3 - Pensamento suicida, tentativa de suicídio e pontuação no WHOQOL-BREF

	N=214	WHOQOL-brief	
		Domínio Psicológico (média)	Value p
Pensamento suicida			
Não	87 (40,6%)	3,47	*0,0104
Sim	84 (39,2%)	3,19	
**NA	43 (20,1%)	3,36	
Tentativa de suicídio			
Não	95 (44,4%)	3,42	0,1714
Sim	57 (26,6%)	3,25	
**NA	62 (28,9%)	3,28	

*Análise estatística da variável do domínio psicológico (Método ANOVA): p < 0,05;

**NA: Não se aplica.



capacidade de cognição, imagem corporal e aparência, entre outros.

Foi também observado que “receber visitas” agiu como fator protetor para ideação suicida e tentativa de suicídio. Presas que recebiam visitas frequentes, além de apresentarem pontuação maior no nível domínio “psicológico” da escala WHOQOL-BREF, tinham menos pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio dentro da prisão. No grupo que não apresentou ideação suicida, 72,41% recebiam visitas regularmente, e no grupo que não tentou suicídio, 70,53% também recebiam visitas. A observação das visitas como fator de proteção chamou a atenção dos pesquisados, contudo, apesar da diferença perceptível, não houve significância estatística.

Discussão

Trata-se de uma população em condição de vulnerabilidade e risco. Soma-se à condição de estar presa, a condição de ser do gênero feminino³⁹. Os dados deste estudo reforçam a condição de vulnerabilidade. Tanto a baixa pontuação de Qualidade de Vida medida pela WHOQOL-BREF como a presença de pensamentos ou comportamento suicida.

Os dados relacionados ao suicídio contrastam bastante com os resultados de um estudo feito com a população geral do mesmo município, onde foi feito este estudo com a população prisional. Com um tamanho amostral de 538 (n=538), ao longo da vida, 17,1% dos habitantes de 14 anos ou mais já “pensaram seriamente em pôr fim à vida”, 4,8% chegaram a planejar o ato, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio⁴⁰. Ressaltam-se também estudos internacionais sobre prevalência de ideação suicida, que mostram valores de 2,1 a 18,5% de ideias suicidas ao longo da vida⁴¹. Comparativamente, nosso estudo encontrou valores muito acima dos dois estudos. A presença de pensamentos suicidas esteve presente em 39,2% e a presença da tentativa de suicídio chegou a 26,6%.

Sabe-se que história de tentativa de suicídio prévia e presença de transtornos mentais são os dois principais fatores de risco para o suicídio^{26,42}, contudo, isolamento social, devido ao próprio confinamento e perda dos vínculos, estresse crônico, somados aos fatores anteriormente descritos, compõem um ambiente propenso ao adoecimento, mas passível de intervenções.

Estudo comparando o ato suicida entre homens e mulheres presas identificam maior vulnerabilidade das mulheres aos transtornos mentais e uso de drogas, além de serem mais vítimas de violência no ambiente prisional⁴³.

A significância desses dados chama a atenção para possíveis intervenções públicas, visto que o suicídio é uma morte passível de prevenção e com fatores de risco bastante elucidados^{26,40,44}. Nesse sentido, intervenções específicas na área de saúde mental, como atendimento psiquiátrico e psicológico, podem reduzir o impacto desse padrão de comportamento neste ambiente, além de dar condições psíquicas para uma saída segura e favorável.

Em relação à pontuação de Qualidade de Vida medida pela WHOQOL-BREF, notadamente foi encontrado valores baixos em todos os domínios. Os resultados podem ser comparados com outros tipos de populações ou populações semelhantes com diferentes condições, como população de doentes crônicos ou em condições sociais de abandono³²⁻³⁵.

Ter recebido visitas teve um impacto geral na saúde mental com pontuação média maior no domínio psicológico de Qualidade de Vida, além de menor frequência de pensamentos ou comportamento suicida entre as presas.

Na avaliação do domínio “psicológico” da escala WHOQOL-BREF, as presas que já pensaram em suicídio tinham uma pontuação média 1.66 menor no domínio “psicológico” do que as que não pensaram. Considerando que este domínio avalia itens como sentimentos positivos, pensar de forma positiva, conseguir aprender, entre outros, este achado ilustra como o comportamento suicida não ocorre a partir de fatores isolados e sim dentro de um estado psicológico alterado em diversos âmbitos^{37,38,40}.

Apesar do que preconiza a regra 4 de Bangkok, discutida anteriormente, o que se observa no Brasil é uma concentração da população prisional feminina em poucas unidades, sendo comum que sejam localizadas longe de suas cidades de origem, onde residem seus familiares e amigos. A distância e as despesas com transporte agem como barreiras para as visitas⁴⁵. O distanciamento da sociedade e de seus círculos afetivos cultiva um isolamento que pode ser preocupante^{46,47}.

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
GIULIANA PERROTTE
MARIA LÍGIA DE CARVALHO SOLSSIA

Outro ponto importante que limita as visitas são as questões de gênero. Enquanto as companheiras e esposas de homens presos continuam mantendo o vínculo, inclusive com visitas regulares, íntimas ou não, o contrário geralmente não acontece. As presas são rapidamente abandonadas por seus companheiros e maridos, seja pelo estigma da mulher infratora ou questões culturais, seja por iniciar novas relações afetivas¹⁴.

Existem ainda outros entraves para a visita, que geralmente são resultantes de regras próprias de cada unidade prisional. Horários inviáveis de visita, em dias úteis, por exemplo, acabam por dificultar o acesso porque afetam dinâmicas de trabalho. Embora estejam previstas constitucionalmente, as visitas íntimas também ficam submetidas a regras locais, como, por exemplo, comprovação de união conjugal prévia ou casamento. Outro constrangimento é o fato de que parceiras do mesmo sexo biológico não têm permissão para realizar visita íntima³⁰.

Novamente a questão de gênero é muito proeminente: enquanto nos presídios masculinos as regras e condições para as visitas íntimas são bem menos rígidas e burocráticas, a desigualdade é justificada para elas pelos próprios funcionários e autoridades com a possibilidade de gravidez e supostas necessidades sexuais diferentes, como se mulheres tivesse uma percepção diferente de relações sexuais em comparação ao homem.

Nesse sentido, além da necessidade de atendimento de saúde mental já descrito acima, é fundamental criar ferramentas que facilitem as presas manterem seus vínculos externos, o apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos. Todos têm papel significativo na Qualidade de Vida, como na redução do comportamento de suicídio^{48,49}.

Apesar das limitações metodológicas, principalmente considerando que grande parte das presas não aceitaram participar da pesquisa, as quais poderiam ser até um grupo mais afetado negativamente por algum quadro depressivo ou serem mais suscetíveis a quadros suicidas, nossos dados apontam para uma necessidade de mudanças na forma de olhar o indivíduo preso do gênero feminino. Geralmente negligenciadas, pouco estudadas, além de abandonadas por famílias e parceiros.

CONCLUSÃO

O padrão de Qualidade de Vida encontrado na população estudada foi muito baixo, somente comparado a populações de doentes crônicos ou em situações sociais de abandono ou de risco. Foi encontrado também um padrão elevado de comportamento de risco para suicídio, muito acima do observado na população geral.

Receber visitas na prisão foi encontrado como um possível fator favorável para a saúde mental das presas, demonstrado pela pontuação média maior no domínio psicológico de Qualidade de Vida pela escala WHOQOL-BREF, além da diminuição da frequência de pensamento suicida ou de tentativas de suicídio.

Apesar de existirem regras que preconizam um modelo de assistência específico para a mulher encarcerada, a realidade prisional brasileira está longe de corresponder ao preconizado. Geralmente com condições que não facilitam o acesso a atendimento de saúde específico ao gênero, visitas de familiares, visitas íntimas e manutenção do vínculo familiar, fundamentais para a saúde mental e global da mulher.

Sabendo da importância de fatores de risco para o suicídio, além da influência da saúde mental nas taxas de reincidência criminal, e considerando a relevância que as visitas apresentaram no presente estudo, tem-se um direcionamento para políticas públicas, seja para desburocratizar a visita às presas, seja para a criação de ferramentas que facilitem as visitas e reforcem seus vínculos familiares.

Por fim, esta população deverá receber abordagem ampla e específica para as suas características, tendo como finalidade, a reinserção social após a saída da prisão e diminuição da reincidência.

Agradecimentos

Os autores agradecem o Dr. Áureo Lopes, Procurador da República, e todos os funcionários da direção da Cadeia Feminina de Campinas/SP, em especial, Sra. Roseni Screpanti Braun e Sra. Sonia Aparecida, além de todas as detentas que aceitaram participar.

Artigo submetido em 14/07/2021, aceito em 15/12/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes.



Parecer CEP: PUC-Campinas (Parecer: 2.209.813) e Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo (Parecer: 2.438.660).

Correspondência: Eduardo Henrique Teixeira. Email: eduardo.psiqiatra@icloud.com

Referências

1. Lopez-Rey M. The First U. N. Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. *The Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*. 1957 Jan;47(5):526. <https://doi.org/10.2307/1139020>
2. Patterson RF. Our Part in the Evolution of Correctional Mental Health Care. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2018;46(2):7. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003740-18>
3. Dumont DM, Brockmann B, Dickman S, Alexander N, Rich JD. Public health and the epidemic of incarceration. *Annu Rev Public Health*. 2012 Apr;33:325-39. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124614> PMID:2224880 - PMID:PMC3329888
4. Lima LR, Oliveira AS. Minimum criminal law and the application of the Bangkok rules in the face of the incarceration of women. *Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça*. [Internet]. 2018 Oct 19 [cited 2019 Feb 10];7(0). Available from: <http://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/view/3096>
5. Oliveira FS. Bangkok rules and female incarceration [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://canalcienciascriminais.com.br/regras-de-bangkok-encarceramento/>
6. Brasil. Ministério da Justiça. Law 11.942/2009 [Internet]. Ministério da Justiça; 2009 [cited 2019 Feb 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm
7. Muniz CR, Bergo Leugi G, Alves AM. Women in the prison system: Why and how to understand their stories? RP3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas [Internet]. 2018 Jan 24 [cited 2019 Feb 11];11(2). Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rp3/article/view/26945> - <https://doi.org/10.18829/rp3.v11i2.26945>
8. Sidhu N, Candilis PJ. A Feminist Perspective for Forensic Practice. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 2018 Dec 1;46(4):438-46. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003787-18>
9. Moore LD, Elkavich A. Who's Using and Who's Doing Time: Incarceration, the War on Drugs, and Public Health. *Am J Public Health*. 2008 Sep;98(Suppl 1):S176-80. https://doi.org/10.2105/AJPH.98.Supplement_1.S176 - PMID:18687610 - PMID:PMC2518612
10. Walmsley R. World Prison Population List. 2010;15.
11. Rousseff D. Depen - Infopen Mulheres 2014. 2014 Jun p. 42.
12. Federal Government of Brazil. National Survey of Penitentiary Information 2014 - INFOPEN [Internet]. 2014 p. 42. Available from: <http://www.justica.gov.br/news/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>
13. Federal Government of Brazil. National Survey of Penitentiary Information 2018 - INFOPEN [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 12]. Available from: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf/view
14. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demography, vulnerabilities and right to health of the Brazilian prison population. *Ciênc saúde coletiva*. 2016 Jul;21:1999-2010. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.24102015> - PMID:27383334
15. Bartlett A, Hollins S. Challenges and mental health needs of women in prison. *Br J Psychiatry*. 2018 Mar;212(3):134-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.42> - PMID:29486822
16. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. 2012 May;200(5):364-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370> - PMID:22550330
17. Santos MV, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Marchiori GRS, Guerra JVV. Mental health of

- incarcerated women in the State of Rio de Janeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 10];26(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200314&lng=en&tlng=en <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005980015>
18. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, Francisco PMSB. Common mental disorder among incarcerated women: a study on prevalence and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018 Nov;23(11):3587-96. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.30372016> - PMID:30427432
 19. Shuford SH, Gjelsvik A, Clarke J, van den Berg JJ. Depression among Women Released from Prison or Jail in the United States. *J Health Care Poor Underserved*. 2018;29(3):914-29. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0068> - PMID:30122672
 20. Opitz-Welke A, Bennefeldt-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicide in female detainees in Germany 2000-2013. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2016 Nov 1;44:68-71. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.08.016> - PMID:27636654
 21. Opitz-Welke A, Bennefeldt-Kersten K, Konrad N, Welke J. Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013 Sep 1;36(5):386-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.018> - PMID:23850339
 22. Federal Government of Brazil. National Survey of Penitentiary Information 2016 - INFOPEN [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 12]. Available from: <http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016>
 23. Moraes PAC, Dalgalarrodo P. Women imprisoned in São Paulo: mental health and religiosity. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006;55(1):50-6. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100007>
 24. WHO. WHO Suicide data [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 18]. Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
 25. Rodrigues CD, Souza DS, Rodrigues HM, Konstantyner TCRO. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019;0(0):1-9. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0230> - PMID:30785540 - PMCID:PMC6796812
 26. Barbui C, Tansella M. Suicide prevention strategies and mental disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2009 Sep;18(3):169-71. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000415> - PMID:20034191
 27. Machado MFS, Leite CKS, Bando DH. Public Policies for Suicide Prevention in Brazil: a systematic review. 1. 2014 Dec 15;4(2):334-56. <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v4i2p334-356>
 28. Palmer EJ, Jinks M, Hatcher RM. Substance use, mental health, and relationships: A comparison of male and female offenders serving community sentences. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2010 Mar 1;33(2):89-93. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.12.007> - PMID:20036007
 29. Sered SS, Norton-Hawk M. Women on the Institutional Circuit: A 9-Year Qualitative Study. *J Correct Health Care*. 2019 Jan 7;1078345818819811. <https://doi.org/10.1177/1078345818819811> PMID:30616433
 30. Oliveira M, Santos AF. Gender inequality in the prison system: considerations about barriers to visits and intimate visits to incarcerated women. *Caderno Espaço Feminino* [Internet]. 2012 Dec 18 [cited 2019 Feb 10];25(1). Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/15095>
 31. WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL : measuring quality of life. 1997 [cited 2019 Jul 2]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
 32. Ginieri-Coccosis M, Triantafillou E, Papanikolaou N, Baker R, Antoniou C, Skevington SM, Christodoulou GN. Quality of life and depression in chronic sexually transmitted infections in UK and Greece: The use of WHOQOL-HIV/STI BREF. *Psychiatriki*. 2018 Sep;29(3):209-19. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2018.293.209> - PMID:30605425



33. Jesus NM, Souza GF, Mendes-Rodrigues C, Almeida Neto OP, Rodrigues DDM, Cunha CM. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 3];(ahead). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-28002019005004104&lng=en&nrm=iso&tlng=en <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0152> - PMID:30720851 - PMCID:PMC6788844
34. Redko C, Rogers N, Bule L, Siad H, Choh A. Development and validation of the Somali WHOQOL-BREF among refugees living in the USA. *Qual Life Res*. 2015 Jun;24(6):1503-13. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0877-3> - PMID:25429823
35. Alves JC, Bassitt DP. Quality of life and functional capacity of elderly women with knee osteoarthritis. *Einstein (São Paulo)*. 2013 Jun;11(2):209-15. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000200013> - PMID:23843063 - PMCID:PMC4872896
36. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000 Jan;53(1):1-12. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00123-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00123-7)
37. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. *Revista de Saúde Pública*. 2000 Apr;34(2):178-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012> - PMID:10881154
38. Fleck MP. The World Health Organization quality of life assessment tool (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):33-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
39. Santos BRM, Rezende VA. Sistema carcerário feminino: uma análise das políticas públicas de segurança com base em um estudo local. *Cad EBAPEBR*. 2020 Oct 16;18:583-94. <https://doi.org/10.1590/1679-395120190034>
40. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 Dec;25(12):2632-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010> - PMID:20191154
41. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2004 Mar;161(3):562-3. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.562> - PMID:14992984
42. Botega NJ, Werlang BG, Cais CF da S, Macedo MMK. Prevention of suicidal behavior. *Psico*. 2006;37(3):5. <https://psycnet.apa.org/record/2007-11290-001>
43. Mennicke A, Daniels K, Rizo CF. Suicide Completion Among Incarcerated Women. *J Correct Health Care*. 2021;14-22. <https://doi.org/10.1089/jchc.18.12.0070> - PMID:34232762
44. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Aug;102(2):126-34. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102002126.x> - PMID:10937785
45. Wolff N, Shi J. Childhood and Adult Trauma Experiences of Incarcerated Persons and Their Relationship to Adult Behavioral Health Problems and Treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2012 May;9(5):1908-26. <https://doi.org/10.3390/ijerph9051908> - PMID:22754481 - PMCID:PMC3386595
46. Bonnie E, Carlson, N. Inmates and their Families: Conjugal Visits, Family Contact, and Family Functioning. [Internet]. 1997 [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0093854891018003005>

EDUARDO HENRIQUE TEIXEIRA
ROGÉRIO GOMES DA SILVA JÚNIOR
GIULIANA PERROTTE
MARIA LÍGIA DE CARVALHO SOLSSIA

47. Hensley C, Koscheski M, Tewksbury R. Does Participation in Conjugal Visitations Reduce Prison Violence in Mississippi? An Exploratory Study. *Criminal Justice Review*. 2002 May 1;27(1):52-65. <https://doi.org/10.1177/073401680202700104>
48. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues Clin Neurosci*. 2016 Jun;18(2):183-190. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/uhegerl> - PMID:27489458 - PMCID:PMC4969705
49. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. *Crisis*. 2016;37(5):323-34. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394> - PMID:27278569 PMCID:PMC5120691

LEONARDO BRUNO MELO REIS
GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO
LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES
RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS
JOÃO VITOR COSTA
MATHEUS GOMES PEREIRA
DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA

INSATISFAÇÃO CORPORAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA AVALIAÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA

BODY DISSATISFACTION AND RISKY BEHAVIOR FOR THE DEVELOPMENT OF EATING DISORDERS: AN EVALUATION AMONG MEDICAL STUDENTS

Resumo

Introdução: Transtornos alimentares são condições complexas, graves e potencialmente fatais. Apresentam repercussões significativas nos âmbitos físico, psicológico, social e econômico. Suas complicações abrangem diferentes sistemas, variando desde disfunções nutricionais, ósseas, cardíacas, psiquiátricas e metabólicas.

Objetivo: Avaliar o grau de insatisfação corporal e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TAs) em estudantes de Medicina de uma instituição de ensino privada no Norte de Minas Gerais.

Métodos: O presente estudo é uma avaliação transversal e observacional, na qual 106 acadêmicas de medicina responderam ao Body Shape Questionnaire (BSQ), ao Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e a um questionário sociodemográfico para análise do perfil sociodemográfico das estudantes, bem como a presença de condição de risco de transtornos alimentares nas mesmas.

Resultados: A média de idade foi de 22,1 anos. O IMC médio foi de 21,86 kg/m², com desvio-padrão de 3,23 kg/m². A maioria das estudantes (87,7%) estavam em eutrofia. De acordo com o EAT-26, 42,5% das entrevistadas estavam em risco de desenvolvimento de TA. Segundo o BSQ, 39,6% relataram algum grau de insatisfação corporal. O risco de desenvolvimento de

distúrbios da alimentação mostrou-se maior naquelas que relataram uma insatisfação moderada (100%) a grave (66,7%). Também se observou maior risco naquelas com sobrepeso (60%) e obesidade (66,7%), se comparadas ao grupo eutrófico (39,8%). 72% das entrevistadas referiram medo de engordar, e 76% mostraram-se, em alguma frequência, adeptas a dietas de emagrecimento. Portanto, a amostra avaliada apresentou elevados índices de insatisfação corporal, bem como risco elevado de desenvolvimento de TA. Além disso, verificou-se grande adesão a hábitos dietéticos.

Conclusão: Portanto, a amostra avaliada apresenta níveis elevados de insatisfação corporal, bem como maior risco para desenvolvimento de TA, bem como uma grande adesão a hábitos dietéticos.

Palavras-chave: Comportamento alimentar, satisfação pessoal, estudantes universitárias, insatisfação corporal, transtornos alimentares.

Abstract

Introduction: Eating disorders are complex, serious and potentially fatal conditions. They present significant repercussions in the physical, psychological, social and economic spheres. Its complications cover different systems, ranging from nutritional, bone, cardiac, psychiatric and metabolic dysfunctions.

Objective: To evaluate the degree of body dissatisfaction and risky behavior for the development of



eating disorders (EDs) in medical students from a private educational institution in the north of Minas Gerais.

Methods: The present study is a cross-sectional and observational assessment, in which 106 medical students answered the Body Shape Questionnaire (BSQ), the Eating Attitudes Test (EAT-26) and a sociodemographic questionnaire to analyze the sociodemographic profile of the students, as well as the presence of the risk conditions of similar disorders in them.

Results: The average age was 22.1 years. The average BMI was 21.86 kg / m², with a standard deviation of 3.23 kg / m². Most of the students (87.7%) were eutrophic. According to EAT-26, 42.5% of respondents were at risk of developing ED. According to BSQ, 39.6% reported some degree of body dissatisfaction. The risk of developing eating disorders was higher in those who reported moderate (100%) to severe dissatisfaction (66.7%). A higher risk was also observed in those with overweight (60%) and obesity (66.7%), when compared to the eutrophic group (39.8%). 72% of the interviewees reported fear of gaining weight, and 76% were, at some frequency, adept at slimming diets. Therefore, an evaluated sample offers high levels of body dissatisfaction, as well as a high risk of developing ED. In addition, there was great adherence to dietary habits.

Conclusions: Therefore, the evaluated sample presents high levels of body dissatisfaction, as well as a higher risk of developing ED, as well as a great adherence to dietary habits.

Keywords: Feeding behavior, personal satisfaction, university students, body dissatisfaction, eating disorders.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) são condições complexas, graves e potencialmente fatais, que apresentam repercussões significativas nos âmbitos físico, psicológico, social e econômico¹. Suas complicações podem ser diversas e abrangem diferentes sistemas, variando desde disfunções nutricionais, ósseas, cardíacas, psiquiátricas e metabólicas². Dentre os principais TAs, destacam-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar (TCA)^{3,4}.

Estudos epidemiológicos acerca dos TAs demonstram resultados variáveis, dependendo da amostra e dos métodos de avaliação. Entretanto, estima-se que o TCA (Transtorno da Compulsão Alimentar) é o transtorno mais prevalente, superando a Bulimia Nervosa, podendo atingir de 0,8% a 1,9% da população, a depender do país⁵. Pesquisas apontam que até 30% das mulheres jovens adultas apresentam algum tipo de padrão alimentar de risco - como prática de dietas restritivas, não necessariamente enquadrado em um diagnóstico^{1,5}.

Além disso, sabe-se que a prevalência dos transtornos alimentares, antes mais significativa em países ocidentais e industrializados, está em ascensão mundial, principalmente devido às modificações culturais e nos meios de comunicação⁶. Dessa forma, tem-se que os mesmos são, atualmente, uma problemática global em saúde.

A cultura ocidental, ao pregar uma extrema valorização da magreza, gera uma preocupação excessiva com o corpo e um medo patológico do aumento de peso. Dessa forma, os indivíduos tornam-se mais propensos a desenvolver transtornos alimentares, na tentativa de adequar-se ao padrão imposto. Estudos apontam que a pressão social incide principalmente sobre mulheres jovens. Logo, essas são mais propensas ao desenvolvimento de comportamentos de risco para transtornos alimentares (CRTA)⁷. Atualmente, ainda é referida na literatura uma maior prevalência de TAs em estudantes de cursos de graduação na área da saúde. Isso ocorre, pois, nesses, a boa forma física e a aparência padrão estão ainda mais relacionados ao sucesso profissional⁸.

Os principais instrumentos para avaliação dos CRTA podem ser divididos em três categorias: avaliação clínica, automonitorização e questionários autoaplicáveis. O último, dentre esses, se destaca como importante método de triagem, devido à praticidade e eficiência na avaliação de um grande número de pessoas, além de serem menos onerosos ao sistema de saúde⁹.

Devido à importância epidemiológica e ao grande impacto na saúde pública, torna-se necessário ampliar as formas de rastreamento do comportamento alimentar de risco, visando o diagnóstico precoce dos transtornos alimentares. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o grau de

LEONARDO BRUNO MELO REIS
GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO
LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES
RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS
JOÃO VITOR COSTA
MATHEUS GOMES PEREIRA
DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA

insatisfação corporal e comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Medicina.

METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como uma avaliação transversal e observacional, realizado com universitárias da graduação em medicina de uma instituição privada no município de Montes Claros, Minas Gerais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, segundo o parecer 4.251.794. Acadêmicas do 1º ao 8º período, devidamente matriculadas no curso de medicina, foram convidadas a participar do estudo. Foram excluídos os homens e mulheres com idade inferior a 18 anos.

As estudantes preencheram um formulário sociodemográfico, com idade e estado civil, além de informarem peso e estatura. Também responderam a questionários auto preenchíveis e validados em língua portuguesa, o Teste de Atitudes Alimentares (Eating Attitudes Test/EAT-26) e o Questionário de Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire/BSQ).

Foi utilizado para análise de dados o software SPSS versão 25, realizando teste qui-quadrado para comparar a frequência de comportamento de risco para transtornos alimentares entre os distintos grupos de estudantes, diferenciadas por meio das variáveis sociodemográficas, perfil de peso e classificação do BSQ. Considerou-se como EAT-26 negativo as alunas com baixo e nenhum risco para TA; EAT-26 positivo, as alunas classificadas com moderado e alto risco para TA.

Com relação ao Body Shape Questionnaire, considerou-se BSQ negativo as universitárias que não tiveram ou apresentavam insatisfação leve com a sua imagem corporal, e BSQ positivo, as estudantes que apresentaram insatisfação moderada e grave.

O Teste de Atitudes Alimentares (Eating Attitudes Test/EAT-26) tem como finalidade avaliar o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, e é composto por 26 questões, cujas respostas podem ser “sempre”, “muito frequentemente”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, onde a primeira equivale a 3 pontos, a segunda a 2 pontos, a terceira a 1 ponto e as três últimas iguais a 0 pontos, exceto pela questão 25, que é pontuada em escala inversa¹⁰.

Os itens são divididos em três grupos: o primeiro consiste em evitar alimentos que engordam e preocupação em emagrecer. O segundo é composto por afirmações acerca de pensamentos sobre comida e referentes à bulimia. No terceiro e último consta itens relativos ao autocontrole ao alimentar e a pressão exercida por terceiros para ganho ponderal¹¹.

As participantes que obtiveram pontuação de 0 a 9, foram consideradas isentas de risco; com pontuação de 10 a 20 foram consideradas de baixo risco; aquelas com pontuação maior que 20 pontos foram consideradas com padrão alimentar anormal¹⁰ (Anexo 1).

Já o Questionário de Imagem Corporal (Body Shape Questionnaire/BSQ) (Anexo 2), tem como fim a auto avaliação da imagem corporal, integrando 34 questões que abordam hábitos dietéticos, receio com ganho de peso e principalmente índices de satisfação com o próprio corpo. Cada uma apresenta pontuações de 1 a 6, que gradua a periodicidade de “nunca” a “sempre” acerca da aparência nas últimas quatro semanas¹².

Para as participantes com pontuação menor ou igual a 110 pontos foi considerada como um padrão de normalidade e tido como ausência de insatisfação com a imagem corporal. Resultados entre 110 e 138 pontos foram classificados como insatisfação leve; entre 139 e 167 como insatisfação moderada; e acima de 167 pontos como insatisfação grave com a imagem corporal¹² (Anexo 2).

Com relação ao estado civil, a existência de cônjuge foi questionada e o tipo foi classificado em: solteira – pessoa que tenha o estado civil solteira e sem companheiro; casada; divorciada – pessoa que tenha estado civil, homologado por decisão judicial, de divorciada; união estável há mais de seis meses – em caso de relação, duradoura e registrada em cartório, de convivência com companheiro(a).

As idades das participantes foram agrupadas em três faixas etárias: até 21 anos, de 22 a 25 anos e acima de 25 anos.

Os questionários foram identificados apenas com o primeiro nome da participante, sendo aplicados por meio da plataforma Google Forms, dos dias 20/10/2020 a 25/10/2020. Os dados foram tabulados pela equipe de estatística. Após concordância com o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Anexo 3), pelas



participantes selecionadas, os questionários foram aplicados.

O EAT-26 e o BSQ têm suas propriedades psicométricas comprovadas para o grupo estudado. Além de estrutura fatorial satisfatória, os instrumentos correlacionaram-se com as medidas de avaliação da insatisfação corporal e comportamento alimentar, discriminando diferentes estratos de IMC, como também comprovaram sua consistência interna e reprodutibilidade.

O peso e a estatura foram autorreferidos e o índice de massa corporal (IMC) foi calculado pela equação de Quetelet ($IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$) e interpretado conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS): IMC menor $18,5 \text{ kg/m}^2$ = abaixo do peso, entre $18,5 \text{ kg/m}^2$ e $24,9 \text{ kg/m}^2$ = peso normal, entre 25 kg/m^2 e $29,9 \text{ kg/m}^2$ = sobrepeso, igual ou acima de 30 kg/m^2 = obesidade¹³.

Os dados antropométricos não são exatos por estes serem informados pelas próprias participantes, porém, esse modelo de obtenção de dados é extensamente empregado em estudos científicos em função da correspondência equivalente entre as informações relatadas e os valores diretamente aferidos¹⁴.

RESULTADOS

Participaram do estudo 106 das 288 acadêmicas regularmente matriculadas do 1º ao 8º período do curso

de medicina. A pesquisa revelou uma média de idade de 22,1 anos e um desvio-padrão de 3,3 anos na população estudada.

Em relação ao estado civil, 95,2% se declararam solteiras, e 4,8% casadas/em união estável/divorciadas.

As medidas antropométricas autorreferidas apontaram média de peso de 58,8 kg e um desvio-padrão de 9,1 kg, uma altura média de 1,64 m com desvio-padrão de 0,05 m. Quanto ao IMC, a média foi de $21,86 \text{ kg/m}^2$ com desvio-padrão de $3,23 \text{ kg/m}^2$.

Em relação à referida classificação, 87,7% das estudantes encontravam-se em eutrofia, 9,4% em sobrepeso, e 2,9% em algum grau de obesidade. A Tabela 1 evidencia o perfil sociodemográfico obtido.

Quando questionadas sobre a possibilidade de aumento de peso, 72% das acadêmicas referiram algum medo de engordar. Dessas, 79% são eutróficas. Além disso, 67% das entrevistadas mostraram-se preocupadas com o desejo de ser magra.

Quanto à avaliação de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, baseada no preenchimento do Teste de Atitudes Alimentares, obteve-se que 42,5% das entrevistadas estão em condição de risco.

Os resultados do EAT-26 foram comparados com os dados do questionário sociodemográfico e do Body Shape Questionnaire, como evidencia a Tabela 2.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das estudantes

Variáveis	N	%	Valor de p
Faixa Etária			0,000
Até 21 anos	45	42,9	
De 22 a 25 anos	52	49,5	
Acima de 25 anos	8	7,6	
Índice de Massa Corporal (IMC)			0,000
Normal	93	87,7	
Sobrepeso	10	9,4	
Obesidade	3	2,9	
Estado Civil			0,000
Solteira	99	95,2	
União Estável/Casada/Divorciada	5	4,8	

n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Tabela 2 - Prevalência das estudantes em relação ao risco de transtorno alimentar

Variáveis	Riscos para Transtornos Alimentares (EAT-26)					p#
	Amostra	Não		Sim		
		n (%)	n	%	n	
Total	106 (100,0)	61	57,5	45	42,5	
Faixa Etária						0,914
Até 21 anos	45 (42,9)	26	57,8	19	42,2	
De 22 a 25 anos	52 (49,5)	30	57,7	22	42,3	
Acima de 25 anos	8 (7,6)	4	50,0	4	50,0	
Índice de Massa Corporal (IMC)						0,324
Normal	93 (87,7)	56	60,2	37	39,8	
Sobrepeso	10 (9,4)	4	40,0	6	60,0	
Obesidade	3 (2,8)	1	33,3	2	66,7	
Estado Civil						0,080
Solteira	99 (95,2)	59	59,6	40	40,4	
União Estável/Casada/Divorciada	5 (4,8)	1	20,0	4	80,0	
Body Shape Questionnaire						0,000
Nenhuma	64 (60,4)	49	76,6	15	23,4	
Leve	32 (30,2)	11	34,4	21	65,6	
Moderada	7 (6,6)	0	0,0	7	100,0	
Grave	3 (2,8)	1	33,3	2	66,7	

n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Observou-se um maior risco relativo nas estudantes com sobrepeso (60%) e obesidade (66,7%), se comparadas ao grupo eutrófico (39,8%).

Em relação à faixa etária, o grupo mais vulnerável está acima dos 25 anos (50%). Foi verificado um maior risco relativo (80%) entre as mulheres casadas/em união estável/divorciadas, quando comparadas ao grupo de solteiras (40,4%).

Em relação ao grau de insatisfação corporal, avaliado pelo BSQ, os resultados mostraram altos índices de positividade. Os escores variaram entre o mínimo de 34 e o máximo de 189 pontos e constatou-se que

39,6% das estudantes têm algum grau de insatisfação. A positividade do EAT-26 mostrou-se maior nas estudantes que relataram uma insatisfação moderada (100%) a grave (66,7%) com a própria imagem.

Além disso, mesmo as entrevistadas que não relataram nenhum grau significativo de insatisfação corporal (60,4%) no BSQ, também estão expostas ao risco de desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar (23,4%), de acordo com os hábitos relatados no EAT-26. Não houveram participantes com dados capazes de preencher critérios para diagnóstico de um transtorno alimentar específico.



DISCUSSÃO

Os transtornos do comportamento alimentar tiveram sua incidência mundial praticamente dobrada nos últimos 20 anos, denotando a crescente preocupação da população com sua imagem corporal¹⁵. O presente estudo utilizou dois questionários auto preenchíveis, validados em língua portuguesa, para avaliar o grau de insatisfação corporal e o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em jovens universitárias.

Encontrou-se na população estudada uma alta frequência de comportamentos disfuncionais. Apesar de o BSQ e o EAT-26 não realizarem diagnóstico, são meios eficazes de rastreamento e de avaliação de CRTA¹⁶. Logo, essa pesquisa indica um alto risco de desenvolvimento de TA no grupo avaliado.

No que diz respeito ao peso corporal, observou-se que 87,7% das entrevistadas eram eutróficas. Entretanto, mesmo na faixa de peso normal, ainda verificou-se um risco elevado (39,8%) de desenvolvimento de distúrbios alimentares. Os referidos dados estão em concordância com outros estudos realizados em amostras semelhantes^{8,17,18}.

Ao comparar as relações entre IMC e o risco de desenvolvimento de TA, observou-se maior vulnerabilidade nas estudantes com sobrepeso (60%) e obesidade (66,7%), se comparadas ao grupo eutrófico (39,8%).

De forma semelhante, Bosi¹⁹, ao analisar 189 estudantes universitárias, concluiu que a prevalência de possíveis distúrbios nutricionais era maior entre as alunas com sobrepeso; e que tanto a insatisfação com o peso corporal como a classificação do IMC estão diretamente associados a maiores pontuações no BSQ.

Resultados semelhantes foram encontrados por outros pesquisadores ao avaliarem amostras similares²⁰⁻²³. Esses resultados são alarmantes pois além das estudantes acima do peso grande parte das eutróficas se mostraram insatisfeitas com o próprio corpo, o que aponta uma tendência das universitárias em querer alcançar um padrão corporal baseado na magreza. Vale ressaltar que, diversas vezes, na busca pela estética ideal, são adotados padrões alimentares disfuncionais que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças²⁴.

Em relação à imagem corporal, os resultados do BSQ indicam que 39,6% das estudantes se mostraram insatisfeitas com a autoimagem. Além disso, 23,4% das entrevistadas que não relataram nenhum grau de desagrado ainda estão em risco de desenvolvimento de TA mediante a avaliação comportamental do EAT-26. Quando comparados a outros estudos, os resultados foram similares àqueles mais prevalentes na literatura: estudantes universitárias da área da saúde apresentam risco elevado para o desenvolvimento de transtornos alimentares¹⁸.

Encontrou-se menores níveis de insatisfação que o importante estudo realizado por Alvarenga et al.²⁵ que avaliou o grau de satisfação com a autoimagem de 2.402 universitárias nas cinco regiões do país, e concluiu que 78,3% apresentaram algum grau de descontentamento, sendo que 64,4% desejam ser mais magras e apenas 21,7% se mostraram satisfeitas com corpo atual. Entretanto, no referido estudo, o instrumento de autoavaliação utilizado foi a Escala de Silhuetas de Stunkard. Os resultados aqui obtidos são semelhantes a outras pesquisas, nas quais o BSQ foi utilizado para avaliação^{26,27}.

Em uma revisão integrativa da literatura que comparava os graus de descontentamento com a imagem corporal obtidos em diversos estudos, constatou-se que a insatisfação foi maior quando avaliada por meio de escalas de silhuetas do que quando avaliada pelo BSQ. As primeiras avaliam somente o tamanho e a forma do corpo, enquanto o questionário aborda, também, pensamentos e comportamentos individuais, fornecendo uma triagem mais sensível²⁸.

Segundo a avaliação pelo EAT-26, 42,5% das entrevistadas estão em risco de desenvolvimento de TA. O elevado índice de positividade corrobora com a premissa presente na literatura de que as estudantes da área da saúde são mais susceptíveis aos distúrbios do comportamento alimentar do que universitárias de outras áreas²⁹. Isso ocorre devido à forte associação entre a magreza e uma melhor imagem profissional.

Ao realizar um estudo com 127 acadêmicas entre 18 e 22 anos, Laus³⁰ comparou o risco de desenvolvimento de TA entre as mesmas, através da aplicação do EAT-26. A positividade foi significativamente maior nas estudantes

LEONARDO BRUNO MELO REIS
GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO
LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES
RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS
JOÃO VITOR COSTA
MATHEUS GOMES PEREIRA
DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA

da saúde (50% em Nutrição; 24% em Educação Física), em comparação às de humanas (13% em Publicidade e Propaganda; 18% em Administração de Empresas).

A elevada associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o risco de desenvolvimento de transtornos identificada nesta pesquisa corrobora com dados já publicados na literatura. No estudo de Alves et al.³¹, foi constatado que o descontentamento com a autoimagem (BSQ+) era o maior fator de risco para a manifestação de comportamentos alimentares disfuncionais. Resultados semelhantes foram encontrados por outros pesquisadores³²⁻³⁵.

Ao detalhar os hábitos, 51,88% relataram evitar o consumo de alimentos que contenham açúcar, e 55,66% evitam o consumo de pratos ricos em carboidratos, como massas e pães. Além disso, 46,22% referiram prestar atenção à quantidade de calorias ingeridas diariamente.

Um estudo realizado por Griegg et al.³⁶ evidenciou que, em um grupo de garotas entre 14 e 16 anos, insatisfeita com a sua imagem corporal, cerca de 57% (n=853) faziam dietas consideráveis não saudáveis e 36% faziam uso de laxantes, diuréticos, pílulas anorexígenas, além de realizar dietas extremamente restritivas. Desse modo, é notória a relação entre insatisfação corporal como grande fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Em relação às limitações do estudo, destaca-se o fato de a aplicação dos testes ter sido realizada via plataformas digitais, em conformidade com as normas de isolamento social preconizadas durante a pandemia pelo Coronavírus (COVID-19). Questionários preenchidos por 42 indivíduos foram invalidados e retirados da análise estatística, reduzindo parcialmente a amostra. Desses, 38 (90,48%) devido ao envio de dados incompletos/inconclusivos, e 4 (9,52%) por terem sido preenchidos por homens.

Somado a isso, ressalta-se que questionários preenchíveis estão sujeitos à interpretação subjetiva das perguntas, o que pode interferir nos resultados. Ademais, tem-se a limitação dos dados antropométricos autorreferidos, o que reduz a precisão das informações. Entretanto, tem-se na literatura que dados como peso, altura e IMC autorreferidos têm sido amplamente utilizados em pesquisas científicas devido à elevada

concordância entre os dados informados e aqueles precisamente medidos¹³.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que a amostra avaliada apresentou elevados índices de insatisfação corporal, bem como risco elevado de desenvolvimento de transtornos alimentares. Além disso, verificou-se grande adesão a hábitos dietéticos. Os referidos achados denotam a alta vulnerabilidade das acadêmicas da área da saúde à pressão estética imposta pela sociedade. Os elevados índices encontrados denotam a necessidade da implementação de programas de educação e estratégias de intervenção direcionados a essa população de risco.

Agradecimentos

Agradecemos à instituição UNIFIPMOC por nos fornecer toda a base e recursos necessários para idealização e realização do trabalho, bem como a todas as acadêmicas que participaram do estudo e se dispuseram a responder os questionários disponibilizados.

Artigo submetido em 11/10/2021, aceito em 01/12/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Parecer CEP: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, MG. Parecer 4.251.794.

Correspondência: Leonardo Bruno Melo Reis. Email: leonardobrunomeloreis@gmail.com

Referências

1. Rowe, E. Early detection of eating disorders in general practice. *Australian Family Physician*. 2017 Nov; 46(11), p.833. <https://www.racgp.org.au/afp/2017/november/early-detection-of-eating-disorders/>
2. Mitchell-Gielegem A, Mittelstaedt ME., Bulik CM. Eating disorders and childbearing: Concealment and consequences. *Birth*. 2002 Sep;29(3):182-91. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00186.x> - PMID:12153649



3. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2004 Jul;31(4):154-157. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400003>
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. In Arlington (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
5. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, Girolamo G., De Graaf R, De Haro JM, Kovess-Masfety V, Neill SO, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Xavier M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating. *Biol Psychiatry*, 73, 904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020> PMID:23290497 - PMCID:PMC3628997
6. Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Archives of Clinical Psychiatry*. 2004 Jan;31(4):158-60. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400004>
7. Souto S, Ferro-Bucher JS. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*. 2006 Dec;19(6):693-704. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732006000600006>
8. Kessler AL, Poll FA. Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2018 Jun;67(2):118-25. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000194>
9. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2002 Dec;24:34-8. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700008>
10. Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto-SP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2004 Nov; 53(6):339-346. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-403090>
11. Garner DM, Olmsted MP, Boher Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982; 12: 871-8. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163> - PMID:6961471
12. Di Pietro M, Silveira DX. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009 Mar;31(1):21-4. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017> - PMID:19030718
13. World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO; 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
14. Reis JA, Silva Júnior CR, Pinho LD. Fatores associados ao risco de transtornos alimentares entre acadêmicos da área de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2014 Jun;35(2):73-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42441> - PMID:25158464
15. Uzunian LG, Vitalle MS. Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 Fev;20:3495-508. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.18362014> - PMID:26602727
16. Ferreira JES, Veiga GV. Comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na adolescência: aspectos conceituais. *Adolescência e Saúde*. 2010 Jul;7(3):33-7. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192913> - PMID:25493997
17. Maia RG, Fiorio BC, Almeida JZ, Silva FR. Estado nutricional e transtornos do comportamento alimentar entre estudantes do curso de graduação em nutrição no Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia, Ceará, Brasil. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2018

LEONARDO BRUNO MELO REIS
GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO
LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES
RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS
JOÃO VITOR COSTA
MATHEUS GOMES PEREIRA
DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA

- May 21;13(1):135-45. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200024> - PMID:23175415
18. Bandeira YE, Mendes AL, Cavalcante AC, Arruda SP. Avaliação da imagem corporal de estudantes do curso de Nutrição de um centro universitário particular de Fortaleza. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2016 Jun;65(2):168-73. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000119>
19. Bosi ML, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2008 Jan;57(1):28-33. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000100006>
20. Miranda VP, Filgueiras JF, Neves CM, Teixeira PC, Ferreira ME. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2012 Jan;61(1):25-32. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000100006>
21. Silva JD, Silva AB, Oliveira AV, Nemer AS. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Jan;17:3399-406. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200024> - PMID:23175415
22. Kakeshita IS, Almeida SD. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*. 2006 Jun;40(3):497-504. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000300019> - PMID:16810375
23. Pinto DCD, Quadrado RP. Imagens em construção: satisfação corporal e transtornos alimentares em acadêmicos da área da saúde. *Revista Latinoamericana de Estudos em Cultura y Sociedad*. 2018 Fev; 759(4). <https://doi.org/10.23899/relacult.v4i0.759>
24. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socio-culturais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2002 Dec;24:18-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>
25. Alvarenga MD, Philippi ST, Lourenço BH, Sato PD, Scagliusi FB. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010 Mar;59(1):44-51. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000100007>
26. FortesLS, CiprianiFM, CoelhoFD, PaesST, Ferreira ME. A autoestima afeta a insatisfação corporal em adolescentes do sexo feminino?. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014 Sep;32(3):236-40. <https://doi.org/10.1590/0103-0582201432314> - PMID:25479855 PMID:PMC4227346
27. Garcia L, Milagres OG, Mourão L, Assis M, Palma A. Auto-percepção da imagem corporal em estudantes de Educação Física e Medicina. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2011 Ago;16(1):25-30. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.16n1p25-30>
28. Souza AC, Alvarenga MD. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários: Uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2016 Jul;65(3):286-99. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000134>
29. Fiates GM, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*. 2001;14:3-6. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732001000400001>
30. Laus MF, Moreira RD, Costa TM. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2009 Dec;31(3):192-6. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000300009>
31. Alves E, Vasconcelos FD, Calvo MC, Neves JD. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24:503-12. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300004> - PMID:18327438



LEONARDO BRUNO MELO REIS¹ , GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO¹ , LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES¹ , RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS¹ , JOÃO VITOR COSTA¹ , MATHEUS GOMES PEREIRA¹ , DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA¹ 

¹ Centro Universitário FipMoc - UNIFIPMoc.

32. Damasceno ML, Schubert A, Oliveira AP, Sonoo CN, Vieira JL, Vieira LF. Associação entre comportamento alimentar, imagem corporal e esquemas de gênero do autoconceito de universitárias praticantes de atividades físicas. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2011 Fev;16(2):138-43. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.16n2p138-143>
33. Costa LD, Vasconcelos FD. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010 Set;13:665-76. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400011> - PMID:21180855
34. Neto APV, Assis BP, Pinto JSF, Lucinda LMF, Silva MHS, Carmo RL, Damasceno VO. Avaliação da satisfação com a imagem corporal e uso de medicamentos anorexígenos e anabolizantes em estudantes universitários. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*. 2018 Jul; 10: 15-23. <https://doi.org/10.34019/2177-3459.2018.v10.27455>
35. Wang SB, Haynos AF, Wall MM, Chen C, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Fifteen-Year Prevalence, Trajectories, and Predictors of Body Dissatisfaction From Adolescence to Middle Adulthood. *Clin PsycholSci*. 2019;7(6):1403-1415. <https://doi.org/10.1177/2167702619859331> - PMID:32864198 PMID:PMC7451946
36. Grigg M, Bowman J, Redman S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Prev Med* 1996; 25:748-56. <https://doi.org/10.1006/pmed.1996.0115> PMID:8936578

LEONARDO BRUNO MELO REIS
GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO
LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES
RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS
JOÃO VITOR COSTA
MATHEUS GOMES PEREIRA
DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA

ANEXO 1 – EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

Opções de resposta: SEMPRE – MUITAS VEZES – AS VEZES – POUCAS VEZES – QUASE NUNCA - NUNCA

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



ANEXO 2 – BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

Opções de resposta: 1=Nunca, 2=Raramente, 3=Às vezes, 4=Freqüentemente, 5=Muito Freqüentemente, 6=Sempre

1. Ter-se sentido entediado(a) fez com você se passasse a preocupar com a sua forma física? 1 2 3 4 5 6
2. Tem estado tão preocupado(a) com a forma do seu corpo que começou a pensar que deveria fazer dieta? 1 2 3 4 5 6
3. Já lhe ocorreu que as suas coxas, quadril/ancas ou nádegas são grandes demais em relação ao resto do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
4. Tem sentido medo de ficar gordo(a) ou mais gordo(a)? 1 2 3 4 5 6
5. Preocupou-se com o seu corpo não ser firme o suficiente? 1 2 3 4 5 6
6. Sentir-se cheio(a) (por exemplo, depois de ingerir uma refeição grande) fez com que se sentisse gordo(a)? 1 2 3 4 5 6
7. Sentiu-se tão mal com a forma do seu corpo a ponto de chorar? 1 2 3 4 5 6
8. Evitou correr por achar que seu corpo poderia balançar? 1 2 3 4 5 6
9. Estar com pessoas magras, do mesmo sexo que o seu, faz com que se sinta desconfortável com a forma do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
10. Preocupou-se com que as suas coxas poderem ocupar muito espaço quando se senta? 1 2 3 4 5 6
11. Comer, mesmo que uma pequena quantidade de comida, fez com que se sentisse gordo(a)? 1 2 3 4 5 6
12. Tem reparado na forma do corpo de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao comparar-se, sentiu-se em desvantagem? 1 2 3 4 5 6
13. Pensar na forma do seu corpo interferiu na sua capacidade de se concentrar noutras atividades (como por exemplo, ver televisão, ler ou acompanhar uma conversa)? 1 2 3 4 5 6
14. Estar nu(nua), por exemplo, durante o banho, fez com que se sentisse gordo(a)? 1 2 3 4 5 6
15. Já evitou usar roupas que o(a) façam reparar mais na forma do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
16. Já imaginou remover (cortar) partes carnudas do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
17. Comer doces, bolos e outros alimentos ricos em calorias fez com que se sentisse gordo(a)? 1 2 3 4 5 6
18. Deixou de ir a eventos sociais (como por exemplo, festas) por sentir-se mal com a forma do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
19. Sentiu-se excessivamente grande e arredondado(a)? 1 2 3 4 5 6
20. Sentiu vergonha do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
21. A preocupação com a forma do seu corpo levou-o(a) a fazer dieta? 1 2 3 4 5 6
22. Sentiu-se mais contente em relação à forma do seu corpo quando seu estômago estava vazio (por exemplo, pela manhã)? 1 2 3 4 5 6
23. Acredita que a forma do seu corpo se deve à sua falta de auto-controle(o)? 1 2 3 4 5 6
24. Preocupou-se com que outras pessoas vissem dobras na região da sua cintura ou estômago? 1 2 3 4 5 6
25. Pensou que não é justo que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você? 1 2 3 4 5 6
26. Já vomitou para se sentir mais magro(a)? 1 2 3 4 5 6
27. Quando acompanhado(a), preocupou-se em ocupar um espaço excessivo (por exemplo, sentado(a) num sofá ou no banco de um transporte público)? 1 2 3 4 5 6
28. Preocupou-se com o seu corpo estar com “pneus”? 1 2 3 4 5 6
29. Ver o seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) fez com que se sentisse mal em relação ao seu corpo? 1 2 3 4 5 6
30. Beliscou áreas do seu corpo para ver a quantidade de gordura que existe? 1 2 3 4 5 6
31. Evitou situações nas quais as pessoas pudessem ver o seu corpo (por exemplo, vestiários)? 1 2 3 4 5 6
32. Já tomou laxantes para se sentir mais magro(a)? 1 2 3 4 5 6
33. Sentiu-se particularmente desconfortável com a forma do seu corpo, quando na companhia de outras pessoas? 1 2 3 4 5 6
34. A preocupação com a forma do seu corpo fez com que sentisse que deveria fazer exercício físico? 1 2 3 4 5 6

LEONARDO BRUNO MELO REIS
GEORGIA GUIMARÃES DE CASTRO
LARISSA RAFAELLA PEREIRA TÔRRES
RODRIGO SATOSHI ODA SANTOS
JOÃO VITOR COSTA
MATHEUS GOMES PEREIRA
DOROTHÉA SCHMIDT FRANÇA

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Parecer aprovado pelo CEP nº 4.251.794

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar do estudo científico AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Dorotheia Schimdt França, cuja pesquisa pretende avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de uma instituição privada do norte de Minas Gerais.

A sua participação é voluntária e se dará por meio de seleção aleatória de participantes correspondentes a população estudada, que terão de responder questionários validados autoaplicáveis, o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), com perguntas relacionadas ao comportamento alimentar e imagem corporal. Também será necessário fornecer variáveis sociodemográficas e dados antropométricos.

Os riscos decorrentes de sua participação neste estudo são a possibilidade de constranger-se frente às perguntas dos questionários, caso isso ocorra, o procedimento pode ser interrompido ou suspenso. Devido ao fornecimento de informações pessoais, há o risco de exposição destas, o que será minimizado pelos pesquisadores, evitando-se ao máximo a quebra do sigilo e anonimato dos participantes.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar, estará contribuindo para uma análise epidemiológica do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, podendo trazer benefícios, como desenvolvimento de estratégias de prevenção, para a população vulnerável. Se após consentir em sua participação o(a) Sr.(a) desistir de continuar participando do estudo, poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo, o que não resultará qualquer prejuízo a sua pessoa.

O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá qualquer remuneração pela participação neste estudo.

Os dados obtidos da pesquisa serão objeto de análise e publicação, mas a sua identidade não será divulgada, sendo preservada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (38)_____, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, situado à rua Aida Mainartina, número 80, bairro Ibituruna, telefone (38)3214-7100, ramal 205, cidade de Montes Claros, Minas Gerais.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado (a) sobre os objetivos do estudo científico pelo seu responsável e qual será a minha participação. Declaro ter entendido perfeitamente as explicações do pesquisador. Por isso, declaro consentir em participar do estudo científico, e concordo com as condições estabelecidas acima explicitadas. Este documento será emitido em duas vias assinadas por mim e pelo responsável pela pesquisa, cabendo uma via a cada um.

Montes Claros, ___/___/___

Assinatura do participante
(Impressão do dedo polegar, se for o caso)

Assinatura do Pesquisador Responsável

DIÓGO VALE
REBEKKA FERNANDES DANTAS
GINETTA KELLY DANTAS AMORIM
CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA

DETERMINANTES SOCIAIS DE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES DESORDENADOS ENTRE ADOLESCENTES BRASILEIROS

SOCIAL DETERMINANTS OF DISORDERED EATING BEHAVIORS IN BRAZILIAN ADOLESCENTS

Resumo

Introdução: O crescimento de transtornos alimentares entre adolescentes demanda a identificação de comportamentos alimentares desordenados e de determinantes sociais relacionados a esses agravos.

Objetivo: Avaliar as prevalências de comportamentos alimentares desordenados (CAD) entre adolescentes escolares brasileiros e suas associações com determinantes sociais em saúde.

Metodologia: Foram avaliados 16.556 adolescentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. Regressões de Poisson estimaram modelos multivariados relacionados a métodos compensatórios inadequados para controle de peso (laxativos/purgativos ou medicamentos/produtos).

Resultados: A prevalência dos CAD para perda de peso no grupo foi 11,3% (IC95%:10,6-12,0%) tendo como fatores associados: sexo masculino, cor/raça não branca, 14 anos ou menos, excesso de peso, insatisfação com a imagem corporal, frequentar fast food, trabalhar, não realizar regularmente refeições com responsáveis, ter mães com menor escolaridade, domicílio com cinco ou mais moradores, vivência da fome no domicílio e estudar em escolas públicas.

Conclusão: Esses comportamentos desordenados para perda de peso foram mais prevalentes entre adolescentes com maior insatisfação corporal e vivendo em situações de maior vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Comportamento alimentar; transtornos alimentares; adolescente; determinantes sociais em saúde.

Abstract

Introduction: The increasing occurrence of eating disorders among adolescents requires the identification of disordered eating behaviors (DEB) and social determinants related to these health problems.

Objective: This study aimed to assess the prevalence of DEB among Brazilian school-age children and their associations with social determinants of health.

Method: 16,556 adolescents from the 2015 PeNSE (a Brazilian National School-based Student Health Survey) were evaluated. Poisson regressions estimated multivariate models related to inadequate compensatory methods for weight control (laxatives/purgatives or medications/products).

Results: DEB prevalence for weight loss in the group was 11.3% (95% CI: 10.6-12.0%) with associated factors of being male, non-white color/race, being 14 years old or younger, overweight, body image dissatisfaction, frequent consumption of fast food, working, not having regular meals with guardians, having mothers with lower education levels, households with five or more residents, experience of hunger at household, and studying in public schools.

Conclusions: These DEB for weight loss were more prevalent among adolescents with greater body dissatisfaction and living in situations of higher social vulnerability.

Keywords: Eating behavior; eating disorders; adolescent; social determinants of health.



**DIÔGO VALE¹ , REBEKKA FERNANDES DANTAS² ,
GINETTA KELLY DANTAS AMORIM² , CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA² ,
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA² **

¹ Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, RN, Brasil.

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por diversas mudanças físicas (crescimento, desenvolvimento de caracteres sexuais secundários, maturação do sistema neurológico) que podem desencadear no indivíduo processos psíquicos novos, como ansiedade e euforia exacerbada, formação de identidades e sexualidade, além de sentimentos como orgulho ou insatisfação e preocupação com a imagem corporal¹⁻³.

Justamente devido a essas transformações físicas e cognitivas, tal fase configura-se como um período de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares⁴.

A etiologia dos transtornos alimentares é complexa e multifatorial, sofrendo a influência de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, como a pressão para ser magro e a internalização do ideal de magreza⁵. Nesse contexto, os comportamentos alimentares desordenados, como a utilização de métodos compensatórios inadequados para controle de peso, devem ser investigados durante os processos de avaliação e cuidado em saúde, alimentação e nutrição de adolescentes por serem marcadores prodrômicos desses transtornos^{6,7}.

Esses comportamentos alimentares desordenados (CAD) caracterizam-se por ações disfuncionais adotadas para controlar ou perder peso, como: restrição alimentar, indução de vômito, prática excessiva de atividade física, problemas com a imagem corporal, e uso de produtos potencialmente prejudiciais à saúde diante de preocupações com as formas corporais⁴. Outros termos relacionados aos CAD são encontrados na literatura científica: comportamento alimentar anormal, suspeita de transtornos alimentares, atitudes alimentares anormais, padrões alimentares anormais e comer transtornado⁸.

Um transtorno alimentar pode ter sua gênese na tentativa de adolescentes incluírem na sua rotina práticas alimentares erroneamente divulgadas como saudáveis. Nessa busca por ações que gerem perda de peso, esses acabam adotando CAD, os quais são pródromos de transtornos alimentares como anorexia, bulimia e compulsão alimentar^{7,9}.

Sabe-se que, no mundo, a prevalência de transtornos alimentares é 5,7% entre mulheres e 2,2% entre os homens¹⁰. Essa magnitude ainda é inferior à prevalência

de obesidade (12,0%)¹¹, porém, constitui-se como uma relevante questão de saúde pública ao considerar sua alta letalidade e dano social. Nesse sentido, avaliar CAD entre adolescentes é importante como marcador de vigilância em saúde por relacionar-se às ações de prevenção do excesso de peso e obesidade e dos transtornos alimentares.

No Brasil, observa-se um aumento das prevalências de CAD entre adolescentes moradores em municípios das capitais entre os anos de 2009 (6,4%), 2012 (9,0%) e 2015 (10,1%)¹². Um estudo que estimou a prevalência desses comportamentos entre adolescentes coreanos, identificou uma prevalência de 6,2%¹³.

Nesse contexto, se faz necessário conhecer a magnitude desses comportamentos desordenados para questões alimentares e nutricionais na adolescência e em quais contextos de vida esses são mais prevalentes. Na prática clínica, percebe-se casos de adolescentes vivenciando CAD em diversos contextos socioeconômicos e parte desse contexto foi descrito no estudo com adolescentes moradores nas capitais¹². Porém, são necessárias avaliações de múltiplos determinantes sociais em saúde dessas questões de comportamento alimentar na adolescência no território brasileiro.

A compreensão da realidade epidemiológica e social desses comportamentos é fundamental para o planejamento de estratégias de promoção da saúde e de prevenção de agravos comuns entre adolescentes como os transtornos alimentares e a obesidade. Com isso, gerando informações relevantes para qualificação das discussões e ações sobre nutrição e saúde mental na adolescência. Diante desses aspectos, o objetivo do presente trabalho foi avaliar as prevalências de CAD entre adolescentes do Brasil e suas associações com determinantes sociais em saúde.

METODOLOGIA

Desenho do estudo e fonte de dados

Foi realizado um estudo do tipo inquérito populacional utilizando o banco de microdados de adolescentes brasileiros provenientes da Amostra 2 da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 (PeNSE 2015) - estudo conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Ministério da Saúde com apoio do Ministério da Educação. Essa edição da PeNSE teve

DIÔGO VALE
REBEKA FERNANDES DANTAS
GINETTA KELLY DANTAS AMORIM
CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA

aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), em 30 de março de 2015 com o registro no 1.006.467¹⁴.

Considerando que os dados são de domínio público e podem ser acessados no site do IBGE¹⁵, o presente trabalho pauta-se nas questões de ética em pesquisa dispostas na resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶.

A PeNSE 2015 coletou, a partir de plano de amostragem complexa, dados de 16.608 adolescentes matriculados e frequentando do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e da 1ª a 3ª série do ensino médio dos turnos matutino, vespertino e noturno em escolas públicas e privadas situadas nas zonas urbanas e rurais de todo Brasil¹⁴.

O desenho amostral complexo dessa PeNSE permitiu estimativas para cada uma das cinco Grandes Regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e, conseqüentemente, para o Brasil. A coleta dos dados primários foi realizada em questionário eletrônico autoaplicável. Os pesos amostrais associados a cada aluno participante da pesquisa que apresentou um questionário considerado válido pela equipe da PeNSE 2015 foram calculados após a coleta dos dados. As análises do presente estudo consideraram 16.556 estudantes presentes no banco de dados imputados original disponibilizados pelo IBGE. Mais detalhes sobre o desenho da amostra e outras informações da pesquisa podem ser encontradas na publicação da PeNSE 2015¹⁴.

Variáveis do estudo

As variáveis de CRTA constituem-se como medidas compostas por variáveis do banco de dados inicial geradas pelas questões: “você vomitou ou tomou laxantes para perder peso ou evitar ganhar peso?” e “você tomou algum remédio, fórmula ou outro produto para perder peso, sem acompanhamento médico?” cujas respostas de cada adolescente poderiam ser (0) não ou (1) sim. Os indivíduos foram categorizados quanto ao CAD para perda de peso caso apresentassem pelo menos um dos dois comportamentos prodrômicos (1 – sim) ou nenhum deles (0 – não).

As variáveis independentes representam categorias dos determinantes sociais em saúde¹⁷, modelo conceitual que considera a análise das iniquidades em saúde, que estão descritas a seguir:

- Contexto sociopolítico e econômico-macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste);
- Posição socioeconômica e circunstâncias materiais do indivíduo e da família: sexo (masculino, feminino), cor/raça (branca, não branca), faixa etária (10-14 anos, 15-19 anos), trabalho (sim, não), escolaridade materna (sem instrução, alfabetizada, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, não sabia informar); número de moradores no domicílio (5 ou mais, até 4);
- Circunstâncias materiais da escola: situação da escola (urbana, rural), dependência administrativa (pública, privada);
- Fatores comportamentais e psicossociais de saúde do indivíduo: padrão alimentar (maior risco nutricional, menor risco nutricional), consumo de café da manhã, consumo de almoço ou jantar com responsáveis, comeu enquanto assistia à televisão ou estudava (regular - ≥ 5 dias, irregular - < 5 dias), frequentava *fast food* (não, sim) na semana anterior à pesquisa, vivência da fome no domicílio nos últimos 30 dias (sim, não), prática de atividade física (< 300 min/semana, ≥ 300 min/semana), e satisfação com imagem corporal (satisfeito, insatisfeito e indiferente).

A estimativa dos padrões alimentares de menor risco nutricional (maior consumo semanal de frutas, legumes e verduras e feijões, e menor consumo de ultraprocessados salgados, salgados fritos, guloseimas e refrigerantes) e maior risco nutricional (menor consumo semanal de frutas, legumes e verduras e feijões, e maior consumo de ultraprocessados salgados, salgados fritos, guloseimas e refrigerantes), foram resultantes de uma análise de cluster por procedimento não hierárquico (*k-means*) de sete variáveis de consumo semanal de grupos de alimentos disponibilizados pela PeNSE. Mais informações sobre a construção das variáveis estão disponíveis no estudo metodológico de Vale et al.¹⁸

Análises estatísticas

Foi realizada uma análise descritiva das frequências das variáveis dependentes utilizando o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20 considerando o efeito amostral.



O segundo passo foi a aplicação do Teste qui-quadrado de *Pearson* para identificar quais variáveis independentes associaram-se significativamente às variáveis dependentes. Todas as variáveis que se apresentaram estatisticamente significantes ao nível de 20% foram incluídas no modelo de regressão de *Poisson* Clássico.

Buscando verificar a associação de cada dependente com as variáveis independentes que atenderam aos critérios estabelecidos após o Teste qui-quadrado, utilizou-se a regressão de *Poisson* realizada a partir do programa *Stata 13.0* (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*).

Nessa etapa, realizou-se inicialmente uma regressão de *Poisson* bivariada, sendo estimadas as Razões de Prevalência (RP) brutas e respectivos intervalos de confiança de 95%. As variáveis que se apresentaram significantes ao nível de 20% nessa análise foram testadas na análise múltipla com variância robusta. Com isso, foram calculadas as RP ajustadas e respectivos intervalos de confiança de 95%. No modelo final, foram mantidas as variáveis que se associaram a cada desfecho com nível de significância de 5,0%.

Todas as análises foram realizadas levando-se em consideração o delineamento amostral complexo da PeNSE 2015, a partir do comando *Survey data analysis* (prefixo *svy*) do *Stata 13.0*, visando a correção do efeito que a conglomeração das unidades primárias de amostragem causa nas estimativas: o efeito do plano amostral – EPA.

Resultados

A prevalência de adolescentes brasileiros que apresentaram algum desses CAD para perda ou controle do peso foi de 11,3% (IC:10,6-12,0%) nos 30 dias anteriores à pesquisa (Tabela 1).

A maior prevalência desses CAD foi identificada entre adolescentes com mães sem instrução (18,7%) e entre aqueles insatisfeitos com a imagem corporal (18,4%). Nas análises de *Poisson* bivariadas apenas as variáveis macrorregião geográfica e situação da escolar não foram associadas aos CAD para perda de peso com significância de 20% (Tabela 2).

O modelo ajustado para esse comportamento de perda ou controle de peso identificou que esse conjunto de CAD foram associados diretamente com a insatisfação (RP=1,94; IC:1,63-2,29) com a imagem corporal, a frequentar *fast food* (RP=1,53; IC:1,33-1,76), a ter excesso de peso (RP=1,42; IC:1,21-1,66), a trabalhar (RP=1,39; IC:1,11-1,74), à vivência da fome no domicílio (RP=1,24; IC: 1,12-1,38), a não realizar refeições regularmente com responsáveis (RP=1,23; IC:1,08-1,41) e a ser de cor/raça não branca (RP=1,13; IC:1,01-1,27); e associação inversa com a escolaridade materna – alfabetizada (RP=0,65; IC:0,49-0,85) ensino superior (RP=0,52; IC:0,44-0,62), com 15 anos ou mais (RP=0,70; IC:0,62-0,79), ao sexo feminino (RP=0,84; IC:0,74-0,94), a viver com até 4 moradores no domicílio (RP=0,82; IC:0,75-0,90) e a estudar em escolas privadas (RP=0,77; IC:0,64-0,93) (Tabela 3).

Tabela 1 - Comportamentos alimentares desordenados (CAD) para perda/controle de peso entre adolescentes escolares brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Variáveis	n*	%	IC (95%)	Efeito do desenho
Vomitou ou tomou laxantes				
Não	15085	92,1	91,5-92,7	1,919
Sim	1256	7,9	7,3-8,5	
Produto para perda de peso				
Não	15214	93,2	92,6-93,7	1,801
Sim	1102	6,8	6,3-7,4	
Comportamento alimentar desordenados para perda de peso	1830	11,3	10,6-12,0	1,911

DIÔGO VALE
REBEKA FERNANDES DANTAS
GINETTA KELLY DANTAS AMORIM
CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA

Tabela 2 - Distribuição de comportamentos alimentares desordenados (CAD) para perda/controlar de peso entre adolescentes escolares brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Variáveis	n	Comportamentos alimentares desordenados para perda ou controle de peso		
		%	IC (95%)	p-valor
Sociodemográficas				
Sexo				0,060
Masculino	8287	11,9	11,0-12,9	
Feminino	8269	10,6	9,8-11,6	
Cor/raça				0,005
Branca	6575	10,1	9,1-11,1	
Não branca	9958	12,0	11,2-12,9	
Idade				<0,001
Até 14 anos	9400	12,6	11,7-13,6	
15 anos ou mais	7156	10,2	9,3-11,2	
Trabalha				<0,001
Não	14071	10,5	9,8-11,2	
Sim	2471	14,9	13,1-16,9	
Estado Nutricional				
Excesso de peso				<0,001
Não	11723	9,9	9,2-10,6	
Sim	4832	15,2	13,8-16,8	
Consumo alimentar				
Padrão alimentar				0,072
Menor risco nutricional	10257	10,8	10,0-11,7	
Maior risco nutricional	6153	12,1	11,0-13,2	
Rotina alimentar				
Almoço ou jantar com responsáveis				<0,001
Regular (≥5 dias)	11928	10,4	9,7-11,2	
Irregular (<5 dias)	4603	13,3	11,9-14,7	
Come assistindo a TV ou estudando				0,038
Irregular (<5 dias)	9297	10,6	9,8-11,6	
Regular (≥5 dias)	7244	12,0	11,1-13,1	
Costuma tomar o café da manhã (dias)				0,001
Regular (≥5 dias)	7244	10,5	9,7-11,3	
Irregular (<5 dias)	9297	13,0	11,8-14,3	
Comeu em fast food nos últimos dias				<0,001
Não	8715	9,3	8,5-10,2	
Sim	7804	13,6	12,6-14,7	

Continua na próxima página



Tabela 2 - Continua

Variáveis	n	Comportamentos alimentares desordenados para perda ou controle de peso		
		%	IC (95%)	p-valor
Psicossociais da alimentação e nutrição				
Vivência da fome no domicílio				<0,001
Não	12825	10,4	9,7-11,2	
Sim	3701	14,2	12,7-15,8	
Satisfação corporal				<0,001
Satisfeito/Muito satisfeito	11528	9,4	8,7-10,1	
Indiferente	1807	12,0	10,2-14,1	
Insatisfeito/Muito insatisfeito	3040	18,4	16,5-20,5	
Atividade física globalmente estimada				0,072
>300 min	3433	12,5	11,1-14,1	
até 300 min	13013	11,0	10,3-11,8	
Características familiares				
Escolaridade da mãe				<0,001
Sem instrução	749	18,7	15,3-22,6	
Alfabetizada	2735	12,3	10,8-13,9	
Ensino fundamental	2002	12,5	10,6-14,6	
Ensino médio	3769	10,2	8,8-11,7	
Ensino Superior	3099	9,6	8,2-11,3	
Não sabe	4168	10,1	9,0-11,3	
Número de moradores				0,001
5 ou mais	6361	12,7	11,7-13,9	
até 4	10180	10,4	9,6-11,2	
Situação da escola				0,553
Rural	851	12,1	9,6-15,1	
Urbana	15705	11,2	10,6-12,0	
Dependência administrativa				0,003
Pública	12381	11,7	10,9-12,4	
Privada	4175	9,0	7,6-10,5	
Região				0,293
Norte	3188	11,8	10,6-13,2	
Nordeste	3465	12,1	10,9-13,5	
Sudeste	3276	10,9	9,7-12,2	
Sul	3207	10,5	9,3-11,7	
Centro-Oeste	3420	11,1	9,8-12,6	
Brasil	16556	11,3	10,6-12,0	

Tabela 3 - Modelos brutos e ajustados gerados pela análise de regressão de *Poisson* para comportamentos alimentares desordenados (CAD) para perda ou controle de peso entre adolescentes escolares brasileiros. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Variáveis	Comportamentos alimentares desordenados para perda ou controle de peso					
	Modelo 1			Modelo 2		
	RP bruta	IC (95%)	p-valor	RP ajustada	IC (95%)	p-valor
Sociodemográficas						
Sexo						
Masculino	Ref			Ref		
Feminino	0,89	0,76-1,05	0,174	0,84	0,74-0,94	0,005
Cor/raça						
Branca	Ref			Ref		
Não branca	1,20	1,06-1,34	0,004	1,13	1,01-1,27	0,032
Idade						
até 14 anos	Ref			Ref		
15 anos ou mais	0,81	0,69-0,95	0,010	0,70	0,62-0,79	<0,001
Trabalha						
Não	Ref			Ref		
Sim	1,42	1,10-1,83	0,008	1,39	1,11-1,74	0,005
Estado Nutricional						
Excesso de peso						
Não	Ref			Ref		
Sim	1,54	1,30-1,83	<0,001	1,42	1,21-1,66	<0,001
Consumo alimentar						
Padrão alimentar						
Menor risco nutricional	Ref					
Menor risco nutricional	1,12	1,02-1,22	0,015			
Rotina alimentar						
Almoço ou jantar com responsáveis						
Regular (≥5 dias)	Ref			Ref		
Irregular (<5 dias)	1,27	1,06-1,52	0,011	1,23	1,08-1,41	0,003
Come assistindo a TV ou estudando						
Irregular (<5 dias)	Ref					
Regular (≥5 dias)	1,13	1,00-1,29	0,053			
Costuma tomar o café da manhã (dias)						
Regular (≥5 dias)	Ref					
Irregular (<5 dias)	1,24	1,01-1,53	0,045			

Continua na próxima página

Tabela 3 - Continua

Variáveis	Comportamentos alimentares desordenados para perda ou controle de peso					
	Modelo 1			Modelo 2		
	RP bruta	IC (95%)	p-valor	RP ajustada	IC (95%)	p-valor
Come em fast food nos últimos dias						
Não	Ref			Ref		
Sim	1,46	1,29-1,65	<0,001	1,53	1,33-1,76	<0,001
Psicossociais da alimentação e nutrição						
Vivência da fome no domicílio						
Não	Ref			Ref		
Sim	1,36	1,22-1,51	<0,001	1,24	1,12-1,38	<0,001
Satisfação corporal						
Satisfeito/Muito satisfeito	Ref			Ref		
Indiferente	1,28	1,05-1,56	0,017	1,23	1,00-1,51	0,055
Insatisfeito/Muito insatisfeito	1,96	1,59-2,41	<0,001	1,94	1,63-2,29	<0,001
Atividade física globalmente estimada						
>300 min	Ref					
até 300 min	0,88	0,78-0,99	0,041			
Características familiares						
Escolaridade da mãe						
Sem instrução	Ref			Ref		
Alfabetizada	0,66	0,49-0,87	0,005	0,65	0,49-0,85	0,003
Ensino fundamental	0,67	0,53-0,84	0,001	0,65	0,52-0,81	<0,001
Ensino médio	0,54	0,39-0,76	0,001	0,53	0,44-0,62	<0,001
Ensino Superior	0,51	0,41-0,64	<0,001	0,52	0,44-0,62	<0,001
Não sabe	0,54	0,44-0,66	<0,001	0,53	0,44-0,65	<0,001
Número de moradores						
5 ou mais	Ref			Ref		
até 4	0,81	0,74-0,89	<0,001	0,82	0,75-0,90	<0,001
Situação da escola						
Rural	Ref					
Urbana	0,93	0,70-1,23	0,606			
Dependência administrativa						
Pública	Ref			Ref		
Privada	0,77	0,61-0,97	0,027	0,77	0,64-0,93	0,007
Região						
Norte	Ref					
Nordeste	1,02	0,66-1,59	0,904			
Sudeste	0,92	0,70-1,22	0,573			
Sul	0,89	0,69-1,14	0,348			
Centro-Oeste	0,94	0,72-1,23	0,605			

DIÔGO VALE
REBEKKA FERNANDES DANTAS
GINETTA KELLY DANTAS AMORIM
CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA

Discussão

Verifica-se que a prevalência de CAD para perda de peso (11,3%) entre os adolescentes brasileiros foi superior às prevalências identificadas para adolescentes de capitais brasileiras em 2009 (6,4%), 2012 (9,0%) e 2015 (10,1%)¹². A diferença dos valores estimados para 2015 ocorreram porque o presente estudo utilizou o banco de dados da Amostra 2 da PeNSE, que coletou informações de indivíduos de um maior recorte etário e geográfico comparado ao recorte utilizado no estudo das capitais brasileiras.

Comparado a estudos internacionais, as prevalências identificadas nesta pesquisa foram superiores às de adolescentes coreanos (6,2%)¹³ e inferiores a prevalências estimadas para adolescentes australianos (25,7%)¹⁹ e para adolescentes do sexo feminino da Etiópia (30,7%)²⁰.

A maior prevalência desses comportamentos entre adolescentes brasileiros do sexo masculino corrobora os resultados do estudo que avaliou adolescentes das capitais brasileiras¹².

Porém, ao realizar modelagem com mais variáveis representativas dos determinantes sociais em saúde constatou-se que esses CAD para perda de peso foram associados à cor/raça não branca, aos mais novos (10-14 anos), aos que trabalhavam, aos com excesso de peso, aos insatisfeitos com a imagem corporal, aos frequentadores regulares de *fast food*, e aos que não costumavam realizar refeições com responsáveis. Todas essas condições que são *proxy* de menor vínculo e proteção familiar aumentam a probabilidade de adolescentes adotarem esses comportamentos desordenados²¹.

As associações do CAD para perda de peso com o excesso de peso, aos adolescentes mais novos, à insatisfação corporal e a frequentar *fast food*, ratificam a importância de intervir em rotinas e práticas alimentares para redução da exposição desse público a ambientes promotores de alimentos ultraprocessados, como os restaurantes *fast food* e espaços físicos e virtuais que possuam propagandas desses tipos de produtos alimentícios. Além disso, apontam a necessidade de investigação sobre as intervenções nutricionais que pretendem reduzir peso e modificar formas corporais desses adolescentes.

A adolescência é uma fase de mudanças corporais fisiológicas e isso precisa ser alvo de ações educativas

para que não gerem insatisfação corporal disfuncional. Ainda pensando sobre o excesso de peso, é fundamental intensificar a discussão e prevenir a insatisfação corporal causada por alguns profissionais de saúde e famílias ao realizarem o manejo inadequado de situações excesso de peso e obesidade com esse grupo etário²²⁻²⁴.

Para desfecho analisado, chamou atenção a associação dessa problemática com o fato de o(a) adolescente trabalhar. Essa prática de geração de renda durante a adolescência constitui-se como um marcador de vulnerabilidade psicossocial²⁵. Tais indivíduos, provavelmente, têm pouco apoio e vínculo familiar, estão inseridos no mercado de trabalho precocemente, e possuem maior autonomia financeira para realizar suas escolhas alimentares por ter renda própria e dupla jornada (trabalhar e estudar). A presença desse marcador de iniquidade social destaca a relação desses comportamentos prodrômicos para transtornos alimentares com situações de maior vulnerabilidade socioeconômica vivenciadas por adolescentes no Brasil.

Sugere-se a análise dessa questão em futuros estudos quantitativos longitudinais e em pesquisas com abordagens qualitativas, pois não foram encontrados resultados que ajudasse a discutir essa questão mesmo possuindo nexos práticos.

Os determinantes sociais em saúde relacionados ao contexto familiar também apareceram na modelagem. Adolescentes de famílias com mães menos escolarizadas e mais numerosas demonstraram maior prevalência de CAD para perda/controlar de peso. Esse tipo de associação com comportamento estatístico inversamente proporcional foi identificado também no estudo brasileiro que apontou menores prevalências desses comportamentos entre adolescentes com mães mais escolarizadas e outras variáveis associadas ao maior apoio familiar¹². Entretanto, esses resultados diferem dos resultados para adolescentes coreanos, que demonstraram os CAD associados ao alto nível econômico e escolaridade das famílias¹³.

Verifica-se nos estudos sobre CAD que, independentemente do tipo de associação, o contexto familiar e social em questões de saúde e nutrição nessa fase da vida é relevante. Essas relações dos adolescentes com a alimentação devem ser trabalhadas com as famílias, com os adolescentes e em



**DIÔGO VALE¹ , REBEKKA FERNANDES DANTAS² ,
GINETTA KELLY DANTAS AMORIM² , CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA² ,
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA² **

¹ Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, RN, Brasil.

outros espaços de apoio como as escolas, a partir de abordagens preventivas direcionadas a problemas de saúde. Destaca-se que as ações de educação em saúde devem ser desenvolvidas por esses diferentes setores (saúde, educação, assistência social), junto com a família, principalmente, quando trata-se da propensão para transtornos alimentares²⁶⁻²⁸.

Quanto à posição socioeconômica marcada pelo contexto individual, os adolescentes não brancos (pretos, pardos, indígenas), que vivenciavam insegurança alimentar e eram do sexo masculino apresentaram maior frequência desses comportamentos para perda/controle de peso. Tais resultados corroboram os achados sobre a maior prevalência de comportamentos em grupos étnicos de maior vulnerabilidade social²⁹. Além de serem semelhantes aos resultados de estudos que destacaram maior chance desses comportamentos entre adolescentes do sexo masculino moradores de territórios ou que estudavam em instituições situadas em espaços de menor renda³⁰.

Diante dos resultados e discussões desta pesquisa, ressalta-se a necessidade de priorizar o desenvolvimento de ações para prevenção de transtornos alimentares e promoção da saúde mental quando se discute alimentação saudável e nutrição adequada na adolescência. Para isso, deve-se criar espaços de educação para prevenção desses comportamentos alterados para perda ou controle de peso com repercussão alimentar e nutricional em diversos ambientes, como, por exemplo, escolas e unidades básicas de saúde distribuídas no território brasileiro. Tal medida pode facilitar a identificação de adolescentes que vivenciem essas condições a fim de organizar o processo de cuidado nos sistemas de saúde para evitar o agravamento desses quadros e o desenvolvimento de transtornos alimentares¹⁹.

Com objetivo de desenvolver ações educativas para redução de CAD, alguns estudos apontaram a relevância de trabalhar temas, como a autocompaixão no processo de promoção de imagem corporal positiva com esse grupo etário³¹. No Brasil, por exemplo, a Lei 13.666/2018³² que inseriu a educação alimentar e nutricional no currículo escolar pode ser uma via para incorporação efetiva dessas temáticas no processo de formação de adolescentes.

O presente estudo apresenta como limitações o número reduzido de marcadores de CAD para perda/controle de peso utilizados pela PeNSE. Sabe-se que outros aspectos, como a prática de dietas restritivas sem acompanhamento profissional, medo/receio de comer e engordar e episódios de descontrole alimentar, atividade física compensatória, por exemplo, poderiam complementar essa avaliação. Mesmo assim, os resultados apresentam reconhecida validade, por representar o grupo de adolescentes brasileiros a partir de um processo de amostragem complexo.

CONCLUSÕES

Os CAD foram mais prevalentes entre adolescentes brasileiros vivendo em situações de maior vulnerabilidade social e que eram insatisfeitos com o corpo. Destaca-se as associações desses comportamentos com o sexo masculino e o exercício de trabalho, o que demandam ações coletivas públicas específicas. Diante disso, sugere-se a inclusão de marcadores sobre esses comportamentos disfuncionais no Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional de adolescentes, considerando sua magnitude e os danos à saúde nessa fase da vida. Somado a essa medida, que ações educativas sejam desenvolvidas com adolescentes para prevenção desses comportamentos desordenados relacionados à alimentação e à nutrição.

Com essas ações, será possível realizar a gestão e produção do cuidado alimentar e nutricional na adolescência de forma mais qualificada e resolutiva. A avaliação contínua desses marcadores prodromicos para transtornos alimentares e de sua relação com determinantes sociais em saúde podem gerar ações de saúde mais efetivas que consideram a complexidade inerente as relações entre comportamentos, alimentação, nutrição, saúde mental e contexto social na vida de adolescentes.

Artigo submetido em 22/08/2021, aceito em 08/12/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Parecer CEP: Não se aplica.

Correspondência: Diôgo Vale.

Email: diogo.vale@escolar.irfn.edu.br

DIÔGO VALE
REBEKA FERNANDES DANTAS
GINETTA KELLY DANTAS AMORIM
CLÉLIA DE OLIVEIRA LYRA
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA

Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2005. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43342> Accessed 22 Aug 2021
2. UNICEF. Adolescence an Age of opportunity - the state of the world's children 2011, United Nations Press: New York, 2011. <https://www.unicef.org/media/84876/file/SOWC-2011.pdf> Accessed 22 Aug 2021
3. Vale D. Alimentação e nutrição de adolescentes no Brasil: notas epidemiológicas. 1. ed. Mossoró/RN: EDUERN, 2020. 97p. <https://drive.google.com/file/d/1fqGluaMFXJK5HOiHP5-JAW0mc4cJQc4Z/view> Accessed 22 Aug 2021
4. Campbell K, Peebles R. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics*. 2014 Sep 1;134(3):582-92. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>
5. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatr*. 2015 Nov;56(11):1141-64. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2017. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_adolescentes.pdf. Accessed 21 Aug 2021.
7. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010 Apr;51(4):518-25. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x>
8. Leal GVS, Philippi ST, Polacow VO, Cordás TA, Alvarenga MS. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? *J bras psiquiatr*. 2013;62(1):62-75. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100009>
9. Golden NH, Schneider M, Wood C. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*. 2016 Sep 1;138(3):e20161649-e20161649. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1649>
10. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2019 May 1;109(5):1402-13. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
11. The GBD 2015 Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2017 Jul 6;377(1):13-27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
12. Ferreira CS, Andrade FB. Tendência de atitudes extremas em relação ao peso em adolescentes e sua relação com suporte familiar e imagem corporal. *Ciênc saúde coletiva*. 2020 May;25(5):1599-606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33892019>
13. Kim Y, Austin SB, Subramanian SV, Thomas JJ, Eddy KT, Franko DL, Rodgers RF, Ichiro Kawachi I. Risk factors for disordered weight control behaviors among Korean adolescents: Multilevel analysis of the Korea Youth Risk Behavior Survey. *Int J Eat Disord*. 2018 Feb;51(2):124-38. <https://doi.org/10.1002/eat.22820>
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. 2016 <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf> Accessed 21 Aug 2021
15. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Microdados. Arquivos de Microdados da PeNSE 2015 [Internet]. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?edicao=9135&t=microdados> Accessed 22 Aug 2021
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. DOU de 24 de maio de 2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Accessed 22 Aug 2021
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Declaração Política do Rio sobre Determinantes



- Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO; 2011. <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Declaracao%20A7%20o-Pol%20ADtica-do-Rio-PT.pdf> Accessed 22 Aug 2021
18. Vale D, Andrade MEC, Dantas NM, Lyra CO, Seabra LMJ, Roncalli AG. Food and nutrition surveillance of Brazilian adolescents: possibilities with PeNSE data. *Research, Society and Development*. 2021; 10(11): e465101119818. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19818>
 19. Sparti C, Santomauro D, Cruwys T, Burgess P, Harris M. Disordered eating among Australian adolescents: Prevalence, functioning, and help received. *Int J Eat Disord*. 2019 Mar;52(3):246–54. <https://doi.org/10.1002/eat.23032>
 20. Tuffa TA, Gebreyesus SH, Endris BS, Getnet Y, Abebe DS. Unhealthy weight control behaviors among Ethiopian female adolescents. *Int J Eat Disord*. 2020 Apr;53(4):525–32. <https://doi.org/10.1002/eat.23227>
 21. Cortés-García L, Hoffmann S, Warschburger P, Senra C. Exploring the reciprocal relationships between adolescents' perceptions of parental and peer attachment and disordered eating: A multiwave cross-lagged panel analysis. *Int J Eat Disord*. 2019 Aug;52(8):924–34. <https://doi.org/10.1002/eat.23086>
 22. Paim MB, Kovaleski DF. Analysis of Brazilian guidelines for obesity: pathologization of fat bodies, an approach focused on weight loss and anti-fat bias. *Saúde Soc*. 2020;29(1): 1-12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>
 23. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017 Dec;140(6):e20173034. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>
 24. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JL, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020 Apr;26(4):485–97. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
 25. Leon EB, Tavares BM, Fernandes TG, Gonçalves RL, Franco FFS, Souza MBCA, Fischer FM, Barroso BIL. Study of Cardiovascular Risks in Adolescents (ERICA): factors associated with work in adolescence. *Cien Saude Colet*. 2021 Jul;26(7):2601-2612. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08912021>
 26. Buchman S, Attia E, Dawson L, Steinglass JE. Steps of care for adolescents with anorexia nervosa—A Delphi study. *Int J Eat Disord*. 2019 Jul;52(7):777–85. <https://doi.org/10.1002/eat.23088>
 27. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2019 Apr;52(4):481–7. <https://doi.org/10.1002/eat.22980>
 28. Dáquer AFC, Duchesne M, Simão C. A importância da abordagem familiar no tratamento dos transtornos alimentares. *RDP*. 2019 Set; 9(3):44-50. <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-5>
 29. Rodgers RF, Peterson KE, Hunt AT, Spadano-Gasbarro JL, Richmond TK, Greaney ML, Bryn Austin S. Racial/ethnic and weight status disparities in dieting and disordered weight control behaviors among early adolescents. *Eat Behav*. 2017 Aug;26:104-107. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.02.005>
 30. Austin SB, Richmond TK, Spadano-Gasbarro J, Greaney ML, Blood EA, Walls C, Wang ML, Mezgebu S, Osganian SK, Peterson KE. The Contribution of School Environmental Factors to Individual and School Variation in Disordered Weight Control Behaviors in a Statewide Sample of Middle Schools. *Eating Disorders*. 2013 Mar;21(2):91–108. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.761080>
 31. Pullmer R, Coelho JS, Zaitsoff SL. Kindness begins with yourself: The role of self-compassion in adolescent body satisfaction and eating pathology. *Int J Eat Disord*. 2019 Jul;52(7):809–16. <https://doi.org/10.1002/eat.23081>
 32. Brasil. Lei nº 13.666, de 16 de maio de 2018. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para incluir o tema transversal da educação alimentar e nutricional no currículo escolar. *DOU* de 17 de maio 2018. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13666.htm Accessed 22 Aug 2021.

DANIELL DE SIQUEIRA ARAÚJO LAFAYETTE
PHILIP DE AZEVEDO COSTA URQUIZA
EVELINE MARIA COSMO DE BRITO
SILVIA POLIANA GUEDES ALCOFORADO COSTA
AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR

INTERFACE DE DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS COM REPERCUSSÕES PSQUIÁTRICAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

INTERFACE OF ENDOCRINOLOGICAL DISEASES WITH PSYCHIATRIC REPERCUSSIONS: A LITERATURE REVIEW

Resumo

Introdução: Várias síndromes clínicas podem apresentar sintomas neurológicos e psiquiátricos.

Objetivo: Este artigo está focado em descrever as principais síndromes endócrinas que podem cursar com alterações psiquiátricas.

Método: Foi realizada uma revisão de literatura por meio de busca e análise de artigos em inglês no Pubmed com descritores e complementada com referências dos artigos primários.

Discussão: Doenças da tireoide, como o hipotireoidismo e hipertireoidismo e doenças relacionadas às glândulas adrenais como Feocromocitoma, Doença de Addison e as Síndromes e Doença de Cushing podem ocasionar sintomas de ordem psiquiátrica, suprimindo sintomas já existentes ou intensificando os mesmos.

Conclusão: Pode-se perceber que o psiquiatra clínico deve manter atenção para as interfaces clínicas das doenças endócrinas uma vez que essas afecções podem mimetizar os quadros psiquiátricos mais comuns e saber como criar uma rotina de rastreio clínico e laboratorial para exclusão ou diagnóstico desses casos.

Palavras-chave: Endocrinologia, psiquiatria, psiquiatria biológica.

Abstract

Introduction: Several clinical syndromes can present neurological and psychiatric symptoms.

Objective: This article is focused on describing the main endocrines syndromes witch can be developed with psychiatric disorders.

Method: A literature review was carried out by searching and analyzing articles in English at Pubmed with descriptors and complemented with references from primary articles.

Discussion: Thyroid diseases as hypothyroidism and hyperthyroidism and diseases related to the adrenal glands as pheochromocytoma, Addison's disease and Cushing's syndromes and disease can cause psychiatric symptoms, either suppressing existing symptoms or intensifying them.

Conclusion: It can be verified that the clinical psychiatrist must maintain attention to the clinical interfaces of endocrine diseases since these conditions can mimic the most common psychiatric conditions and must to know how to create a routine clinical and laboratory screening to exclude or diagnose these cases.

Keywords: Endocrinology, psychiatry, biological psychiatry.

INTRODUÇÃO

Várias síndromes clínicas podem apresentar sintomas neurológicos e psiquiátricos, e o diagnóstico precoce da causa primária pode ser decisivo para melhor gerenciamento de sintomas e superação da doença¹. Este artigo está focado em descrever as principais síndrome endócrinas que podem cursar com alterações psiquiátricas.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de literatura, período de 2011 a 2021, por meio de busca e análise de artigos em inglês no Pubmed com os seguintes descritores:



(Mental Disorders OR Psychiatric Symptoms OR Psychiatric Complications OR Psychiatric Events OR neuropsychiatric events OR depression OR psychosis OR anxiety) AND (Cushing's syndrome OR Addison disease OR Adrenal insufficiency OR Hyperthyroidism OR Hypothyroidism OR Pheochromocytoma). A pesquisa foi complementada com referências dos artigos primários.

DOENÇAS DA TIREOIDE

A tireoide é uma glândula essencial para a regulação metabólica de todo o organismo através da conversão de seus hormônios T4 em T3 nos tecidos periféricos². A triiodotironina (T3) alcança os receptores de T3 que estão espalhados por todo o cérebro, especialmente no sistema límbico dando suporte a várias funções, incluindo emoções e comportamento³. As principais alterações decorrentes das doenças tireoidianas são os estados de hiper ou hipotireoidismo que podem levar às alterações neuropsiquiátricas.

Um estudo com 2142 pessoas encontrou associação positiva de distúrbios da tireoide não tratados com depressão (RR 1.44 | 1.05 – 1.96) e ansiedade (RR 1.69 | 1.05 – 2.72). O hipertireoidismo não tratado esteve relacionado com transtorno depressivo maior nos últimos doze meses (RR 3.58 | 1.34 – 9.57) enquanto o hipotireoidismo com maior risco de episódio depressivo atual pela Beck Depressive Inventory II que avalia sintomas depressivos nas últimas duas semanas (RR 2.32 | 1.28 – 4.21). Nesse estudo, as avaliações do estado mental ocorreram de 1 a 5 anos após o diagnóstico do distúrbio tireoidiano o que pode sugerir que eles são precursores de depressão e ansiedade⁴.

Nesse contexto, sabe-se que comumente o hipotireoidismo mimetiza os sintomas de depressão, ansiedade e, mais raramente, sintomas maniatiformes; enquanto o hipertireoidismo mimetiza depressão, ansiedade, disforia, labilidade emocional e estados maniatiformes².

HIPOTIREOIDISMO

O hipotireoidismo pode ocorrer em sua forma clínica (TSH aumentado e T4/T3 livres diminuídos) ou subclínica (apenas TSH aumentado). No hipotireoidismo ocorre sobreposição importante dos sintomas diagnósticos clínicos com os sintomas de depressão, à exceção de

insônia que costuma ser mais frequente nos episódios depressivos².

Uma metanálise mostrou que sintomas depressivos estiveram 3 vezes mais associados em pacientes com hipotireoidismo quando comparados com os controles (OR 3.31 95% IC 2.00-5.48) numa amostra de 43.382 pacientes e cerca de 2 vezes mais associados com sintomas ansiosos (OR 2.32 95% IC 1.40-3.85) numa amostra de 34.095 indivíduos, nesse estudo as tireoidites autoimunes eram a causa do hipotireoidismo.

Os quadros ansiosos tendem a abrir com agitação, inquietação e taquicardia noturna. Além disso, também podem ocorrer prejuízos atencionais e queixa de fadiga⁵. Nos pacientes com hipotireoidismo de longa data não tratados, apresentações psiquiátricas mais graves podem acontecer com depressão melancólica e mais raramente quadros psicóticos com delírios paranóides, alucinações audioverbais, afrouxamento das associações ou ideias deliroides, inclusive com relatos de casos de episódios maníacos associados ao hipotireoidismo^{2,6}.

O hipotireoidismo subclínico, definido como TSH elevado e T4 em níveis normais, tem uma prevalência de 3 a 8,5 % da população geral. Apresenta-se com maior predominância no sexo feminino e nos idosos pode chegar a 20% do grupo⁷. Essa entidade clínica é muito relacionada a sintomas depressivos além de outros sintomas psiquiátricos como nervosismo, irritabilidade e ansiedade com prejuízo na qualidade de vida².

Duas metanálises recentes encontraram maior associação de depressão em pessoas com hipotireoidismo subclínico (OR 1.78, 95% IC, 1.11-2.86, p=0.02 e RR 2.36, 95% IC, 1.84-3.02 p<0.001) sendo esse risco maior em pessoas acima de 50 anos^{7,8}.

Um achado interessante foi que as pesquisas provenientes da Coreia do Sul, Noruega e Holanda não mostraram associação entre hipotireoidismo subclínico e depressão. Por outro lado, os três estudos brasileiros que entraram nessa metanálise mostraram positividade para esse desfecho, suscitando a ideia de que diferenças regionais podem influenciar⁸.

Usualmente, os pacientes podem apresentar sintomas de intolerância ao frio, ganho de peso e disfunções cognitivas, sendo esses os sintomas que chamam a atenção para diagnóstico de hipotireoidismo, entretanto

**DANIELL DE SIQUEIRA ARAÚJO LAFAYETTE
PHILIP DE AZEVEDO COSTA URQUIZA
EVELINE MARIA COSMO DE BRITO
SILVIA POLIANA GUEDES ALCOFORADO COSTA
AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR**

apenas 30% dos indivíduos com hipotireoidismo subclínico os apresentam⁷.

Normalmente, o tratamento do hipotireoidismo é feito com o uso de levotiroxina (T4) tendo como meta a normalização dos níveis de TSH. Com isso, é esperada melhora dos sintomas psiquiátricos, entretanto o padrão dessa melhora é incerto e a remissão dos sintomas ocorre de maneira variável entre os indivíduos. Mesmo após restabelecimento do estado eutireoideo, os indivíduos ainda podem persistir com sintomas neuropsiquiátricos².

Quanto ao tratamento do hipotireoidismo subclínico, os *guidelines* não levam em consideração as manifestações psiquiátricas para indicar o uso de levotiroxina, sendo atualmente recomendado tratar quando TSH > 10, se há presença de anticorpos antitireoidianos, se há desejo de engravidar ou se há fatores de risco cardiovasculares associados (hipertensão e dislipidemia)^{2,7}.

Aqueles pacientes que tratam depressão e tem hipotireoidismo subclínico associado ou apresentam TSH no limite superior da normalidade podem se beneficiar de associação do T3 ou T4. Apesar do TSH ser considerado normal até 4,5 mUI/ml, 90 a 95% dos indivíduos tem TSH < 2,5, sugerindo que TSH aferido repetidas vezes acima de 2,5 mUI/ml seja sinal de inadequação tireoidiana, sendo esse grupo associado a pior resposta aos antidepressivos⁹. Nesse sentido, pode ser indicada potencialização com T3 (25-50mcg/dia) ou T4 (50-100mcg/dia)⁹. O uso de T4 deve ser priorizado se o paciente tem diagnóstico de hipotireoidismo subclínico. Os pacientes que responderam à suplementação diária com T3 tinham hormônios tireoidianos circulantes previamente mais baixos e experimentaram maior queda nos níveis do TSH². Uma tentativa adequada requer pelo menos 6 semanas de uso, com alvo do TSH <2,0 e os efeitos totais podem levar até 6 meses para se consolidarem⁹.

HIPERTIREOIDISMO

O hipertireoidismo é definido por TSH <0,1mUI/ml associado níveis elevados de T3 e T4, enquanto o hipertireoidismo subclínico apresenta apenas TSH reduzido. Nos estados tireotóxicos podem acontecer uma ampla variação nos sintomas neuropsiquiátricos que transitam de ansiedade (cerca de 60% dos pacientes hipertireoideos) à depressão. Em menor frequência se

observa mania e mais raramente sintomas psicóticos com delírios persecutórios². Sendo a maioria das descrições de psicose relacionadas à doença de Graves (hipertireoidismo com anticorpos TRab positivos)³. Muitos pacientes com hipertireoidismo acabam sendo encaminhados primeiro para avaliação de doença psiquiátrica primária e podem levar até 1 mês para um diagnóstico acurado². No hipertireoidismo, usualmente, o paciente se apresenta com sintomas físicos de intolerância ao calor, sudorese excessiva, perda de peso, palpitações e desconforto gastrointestinal³.

De forma mais intensa pode ocorrer uma tempestade tireoidiana, definida como a presença de sintomas graves e intensos daqueles já esperados para uma tireotoxicose. Sua frequência é rara, acontece em menos de 10% dos indivíduos que são internados com hipertireoidismo. Apresentam-se com taquicardia, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca aguda, agitação, delirium, psicose, estupor, náusea, insuficiência hepática, hiperpirexia até coma. Envolvimento do SNC com delirium, psicose ou letargia nas tempestades tireoideanas estiveram associados com maior casuística fatal, o que chama a atenção para a gravidade desta entidade clínica que teve mortalidade de 25% numa série de 28 casos¹⁰.

Nos casos de psicose associada a tireotoxicose, o que chama a atenção para o quadro é o início agudo dos sintomas psicóticos que estão cronologicamente relacionados com os sintomas físicos e a melhora dos sintomas psicóticos com o controle do hipertireoidismo (evidenciado pela melhora bioquímica e dos sinais vitais)³.

O tratamento do hipertireoidismo deve ser realizado com medicações antitireoidianas adequadas². Em relação aos episódios psicóticos diagnosticados como secundários ao hipertireoidismo, uso de antipsicóticos atípicos ou típicos tiveram eficácia comparável entre si no manejo clínico, devendo a escolha ser baseada de acordo com o perfil do paciente e efeitos adversos das medicações¹¹.

Nos pacientes tratados para hipertireoidismo, apenas 50% tiveram recuperação completa dos sintomas neuropsiquiátricos, cerca de 35% tiveram recuperação parcial e 15% não obtiveram mudança no seu estado mental após recuperação do estado bioquímico; eles persistiram com mais sintomas depressivos, ansiosos, alteração no sono, déficits de memória, de atenção



DANIELL DE SIQUEIRA ARAÚJO LAFAYETTE¹ , PHILIP DE AZEVEDO COSTA URQUIZA² , EVELINE MARIA COSMO DE BRITO² , SILVIA POLIANA GUEDES ALCOFORADO COSTA² , AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR² 

¹ Médico Residente - Hospital das Clínicas de Pernambuco. ² Hospital das Clínicas de Pernambuco.

e executivo. Quanto mais tempo em hipertireoidismo, maior a probabilidade de sintomas neuropsiquiátricos residuais².

Devido à inespecificidade dos sintomas neuropsiquiátricos e grande associação dos distúrbios psiquiátricos com os distúrbios tireoidianos, é interessante o rastreamento da função tireoidiana (TSH e T4 Livre) e dos anticorpos antitireoidianos (Anti-TPO e TRab) para todos os pacientes que tenham sintomas psiquiátricos^{2,5}.

DOENÇAS RELACIONADAS À GLÂNDULA ADRENAL FEOCROMOCITOMA

Feocromocitoma é uma doença tumoral incomum das células cromafins da medula adrenal que acomete igualmente homens e mulheres, entre 20 e 50 anos. Sua incidência anual é de 2 a 8 casos/milhão. Tem como sua característica básica a produção de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina ou dopamina) e devido a isso deriva sua apresentação clínica, tendo como sinal mais comum a hipertensão. É considerado a partir de uma tríade clássica de cefaléia pulsátil, sudorese e taquicardia, apesar de ser difícil encontrar esses três sintomas na maioria dos diagnósticos. Apresenta-se em liberações episódicas causando sintomas paroxísticos¹².

Devido a essa dificuldade diagnóstica e a relativa raridade de sua apresentação é considerado pelos descritores como “O grande mímico” pois apresenta muitos diagnósticos diferenciais e sintomatologia variada. Entre esses sintomas estão as manifestações psiquiátricas. O primeiro caso descrito de sintomatologia psiquiátrica no feocromocitoma apresentava uma mulher que abriu o quadro com um estado de ansiedade aguda com algumas semanas de duração que apresentava associado a isso manifestações somáticas com agitação, tremores, palpitações, náusea e sudorese em ataques que duravam cerca de 10 minutos o que chama a atenção para a similaridade com ataques de pânico, viu-se que essa apresentação paroxística se repetia em vários indivíduos¹³. Já outros pacientes apresentam sintomas mais contínuos que chamavam a atenção para diagnóstico diferencial com Transtorno de Ansiedade Generalizada. Esses pacientes apresentam mais sintomas relacionados à esfera ansiosa e em menor grau à depressiva.

Menos frequentemente, os pacientes podem evoluir para síndromes psicóticas francas associadas a quadros ansiosos e sintomas físicos, a título de relato de casos foram utilizados antipsicóticos atípicos com resposta controversa. Em um paciente havia resposta aos antipsicóticos, porém a psicose recorreu 8 vezes em 2 anos com melhora após redução das catecolaminas. Em outro paciente, a melhora também só veio concomitante a redução plasmática das catecolaminas. O psiquiatra deve estar atento a presença de sintomas mentais associados a instabilidade autonômica com hipertensão para suspeitar do diagnóstico¹⁴.

Tendo isso em alerta, deve-se solicitar a coleta urinária (>1,8mg/24h) e plasmática (>=2000pg/ml) de metanefrinas que em combinação traz uma acurácia de cerca de 98%. Mas com dosagem plasmática já acima de 1000pg/ml a suspeita deve ser alta. Após o diagnóstico laboratorial é necessária a localização do tumor que é feita por ressonância magnética de abdômen.

Deve-se ter em mente que tricíclicos, ciclobenzaprina, anfetaminas e a retirada de clonidina podem elevar as metanefrinas no curto prazo assim como cafeína e cigarro (o paciente não pode usar essas substâncias a pelo menos 24h da coleta)¹⁵.

DOENÇA DE ADDISON

A doença de Addison é o resultado da destruição do córtex da suprarrenal, levando, principalmente, à redução de glicocorticóides e mineralocorticóides¹⁶.

A etiologia mais comum é a adrenalite autoimune, mas causas infecciosas (tuberculose, fungos, HIV e sífilis), infartos da glândula após choques hipovolêmicos e outras doenças autoimunes podem dar origem ao quadro^{17,18}. Os sintomas clínicos são variados e inespecíficos: perda de peso, mialgia e artralgias, perda de pelos, amenorreia, náusea e vômitos sem causa específica, dor abdominal e alterações do hábito intestinal. No entanto, a suspeita principal deve ser de hipoglicemia e hiponatremia sustentada (devido à perda de mineralocorticóides), associada à hiperpigmentação da pele e superfícies mucosas, pois o Hormônio Estimulador do Córtex Adrenal (ACTH) é estimulado e é co-secretado com o Hormônio Melanotrófico. Pacientes com vitiligo devem ser melhor acompanhados, devido maior risco de doença adrenal autoimune^{17,19}.

**DANIELL DE SIQUEIRA ARAÚJO LAFAYETTE
PHILIP DE AZEVEDO COSTA URQUIZA
EVELINE MARIA COSMO DE BRITO
SILVIA POLIANA GUEDES ALCOFORADO COSTA
AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR**

No que diz respeito aos sintomas psiquiátricos, são mais encontrados: fadiga, perda da libido, sintomas depressivos (mais comum), irritabilidade, distúrbios do sono, apatia, comprometimento cognitivo e alucinações^{20,21}. A síndrome psicótica (incluindo delírio e catatonias) é rara e é mais encontrada na doença com apresentação grave^{22,23}.

São encontrados, no cérebro, receptores de glicocorticóides, sendo mais comuns no hipocampo²⁴. Em estudo recente, este hormônio também foi importante para a manutenção do funcionamento do córtex pré-frontal²⁵. A redução abrupta de corticóides pode resultar em morte celular hipocampal e no giro denteado, levando ao comprometimento da memória e da cognição²⁴.

O diagnóstico da doença de Addison é dado após análise clínica, sob suspeita, dosa-se o cortisol plasmático no horário das 10 horas, onde pode vir com níveis plasmáticos baixos e com o ACTH elevado, caso seja este o resultado, será realizado novo teste de estimulação com corticotropina a 250mg (análogo do ACTH), aplicada às 10 horas da manhã e dosado, 60 minutos depois, os níveis de cortisol. Em pacientes com doença de Addison, o córtex adrenal é incapaz de aumentar a secreção de hormônio à estimulação^{26,27}.

O tratamento deve abordar não apenas a reposição de glicocorticóides, mas também as outras condições clínicas presentes (hiponatremia, hipoglicemia). A reposição hormonal, em quadro agudo, pode ser feita, preferencialmente, com dexametasona 4mg EV em bolus. Cronicamente, a reposição com dexametasona ou prednisona poderá ser abordada. Para casos com distúrbios hidroeletrolíticos a fludrocortisona deve ser avaliada, por ter maior efeito similar ao mineralocorticoide²⁸⁻³¹. A reposição deve ser controlada, buscando-se a menor dose possível para o bem-estar do paciente²⁹.

SÍNDROME E DOENÇA DE CUSHING

A Doença de Cushing é caracterizada por um aumento da produção do Hormônio Adrenocorticotrófico (ACTH), geralmente por um tumor localizado na hipófise, levando à superprodução de glicocorticóides pelo córtex da Adrenal³². A Síndrome de Cushing (SC) é vista pelo aumento generalizado deste hormônio, mas resultante também por outras vias (como uso externo

via medicação). Clinicamente, a síndrome pode vir a se apresentar por: hipertensão, fraqueza muscular, distribuição anormal de gordura corporal, osteoporose, hirsutismo e disfunção gonadal. Juntamente, sintomas psiquiátricos podem vir associados: depressão (pode ocorrer em 50-60% dos pacientes, potencialmente fatal), déficits cognitivos (parciais e/ou definitivos), apatia, ansiedade, mania, e psicose^{32,33}.

Em estudos com Ressonância Magnética, na fase ativa da SC, foram encontrados menores volumes cerebrais, ventrículos maiores, volume menor de amígdala, menor volume hipocampal, redução do volume do cerebelo, associado a processos desmielinizantes. Após um ano de tratamento, ocorreu uma tendência ao aumento do volume cerebral, à redução do tamanho ventricular e ao aumento do volume do hipocampo³⁴⁻³⁸. Após a remissão da doença, os sintomas podem melhorar consideravelmente^{2,39,40}. No entanto, mesmo após remissão da doença a dificuldade cognitiva persistiu, assim como a depressão e a ansiedade, resultando em redução da qualidade de vida^{34,41,42}.

A maioria dos pacientes com doença de Cushing é tratada por meio de cirurgia transesfenoidal, em alguns casos seguido de radioterapia pós-operatória, tratamento farmacológico e/ou adrenalectomia bilateral, dependendo da eficácia da cirurgia^{30,43}.

Quanto aos sintomas psiquiátricos, seria prioritário aguardar a normalização dos níveis de cortisol, antes de prescrever um psicofármaco, pois os pacientes podem não responder adequadamente a algumas classes de medicamentos (Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina parecem ter efeito parcial, enquanto Antidepressivos Tricíclicos têm pouco ou nenhum efeito)^{44,45}. Para a SC com sintomas psicóticos graves é possível considerar antipsicóticos atípicos como sintomáticos⁴⁶.

Considerando, o acompanhamento a longo prazo, uma investigação contínua de sintomas psiquiátricos deve ser continuada, mesmo com a doença superada³³. O acompanhamento psicoterápico pode ser útil, principalmente na presença de transtornos afetivos^{47,48}.

CONCLUSÃO

Nesse sentido, pode-se perceber que o psiquiatra clínico deve manter atenção para as interfaces clínicas



das doenças endócrinas uma vez que essas afecções podem mimetizar os quadros psiquiátricos mais comuns. Sendo assim, o psiquiatra deve criar uma rotina de rastreio clínico e laboratorial para tentar excluir esses casos.

Agradecimentos

A todos nossos preceptores, enfermeiros, técnicos e equipe do Serviço de Psiquiatria, sem os quais nada seríamos.

Artigo submetido em 30/11/2020, aceito em 16/11/2021. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo. Fontes de financiamento inexistentes. Parecer CEP: não se aplica.

Correspondência: Daniell de Siqueira Araújo Lafayette. Email: Daniell.lafayette@gmail.com

Referências

1. Isaac ML, Larson EB. Medical conditions with neuropsychiatric Manifestations. *Med Clin North Am.* 2014 Sep; 98(5):1193-208. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.012> - PMID:25134879
2. Feldman AZ, Shrestha RT, Hennessey JV. Neuropsychiatric Manifestations of Thyroid Disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America.* 2013. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2013.05.005> - PMID:24011880
3. Lee KA, Park KT, Yu HM, Jin HY, Baek HS, Park TS. Subacute thyroiditis presenting as acute psychosis: a case report and literature review. *Korean J Intern Med [Internet].* 2013 Mar [cited 2019 Jul 23];28(2):242-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23526704> - <https://doi.org/10.3904/kjim.2013.28.2.242> - PMID:23526704 - PMCid:PMC3604616
4. Ittermann T, Völzke H, Baumeister SE, Appel K, Grabe HJ. Diagnosed thyroid disorders are associated with depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet].* 2015 Sep [cited 2019 Jul 23];50(9):1417-25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25777685> - <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1043-0> - PMID:25777685
5. Siegmann EM, Müller HHO, Luecke C, Philipsen A, Kornhuber J, Grömer TW. Association of depression and anxiety disorders with autoimmune thyroiditis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2018. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0190> - PMID:29800939 PMCid:PMC6137529
6. Khemka D, Ali JA, Koch CA. Primary hypothyroidism associated with acute mania: Case series and literature review. *Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes.* 2011. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1277137> - PMID:21553358
7. Loh HH, Lim LL, Yee A, Loh HS. Association between subclinical hypothyroidism and depression: An updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2019. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2006-2> - PMID:30621645 PMCid:PMC6325749
8. Tang R, Wang J, Yang L, Ding X, Zhong Y, Pan J, et al. Subclinical Hypothyroidism and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2019. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00340> - PMID:31214119 PMCid:PMC6558168
9. Cohen BM, Sommer BR, Vuckovic A. Antidepressant-resistant diarréia diarréia depression in patients with comorbid subclinical hypothyroidism or high-normal TSH levels. *Am J Psychiatry.* 2018. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17080949> - PMID:29961367
10. Swee DS, Chng CL, Lim A. Clinical characteristics and outcome of thyroid storm: a case series and review of neuropsychiatric derangements in thyrotoxicosis. *Endocr Pract [Internet].* 2015 Feb [cited 2019 Jul 23];21(2):182-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25370315> - <https://doi.org/10.4158/EP14023.OR> - PMID:25370315
11. Golub D, Rodack V. Antipsychotics in Hyperthyroid-Related Psychosis: Case Report and Systematic Review. *Neuro Endocrinol Lett [Internet].* 2018 Mar [cited 2019 Aug 23];39(1):65-

DANIELL DE SIQUEIRA ARAÚJO LAFAYETTE
PHILIP DE AZEVEDO COSTA URQUIZA
EVELINE MARIA COSMO DE BRITO
SILVIA POLIANA GUEDES ALCOFORADO COSTA
AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR

74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29803209>
12. Gunawardane PTK, Grossman A. Pheochromocytoma and Paraganglioma. *Adv Exp Med Biol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 24];956:239-59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27888488> - https://doi.org/10.1007/5584_2016_76 - PMID:27888488
 13. Medvei VC, Cattell WR. Mental symptoms presenting in pheochromocytoma: a case report and review. *J R Soc Med* [Internet]. 1988 Sep [cited 2019 Jul 24];81(9):550-1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3054110> <https://doi.org/10.1177/014107688808100923> - PMID:3054110 PMCid:PMC1291775
 14. Brown JS. Cases of remission of psychosis following resection of pheochromocytoma or paraganglioma. *Schizophr Res*. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.012> - PMID:27534680
 15. Leung A, Zun L, Nordstrom K, Wilson MP. Psychiatric Emergencies for Physicians: Clinical Management and Approach to Distinguishing Pheochromocytoma From Psychiatric and Thyrotoxic Diseases in the Emergency Department. *J Emerg Med* [Internet]. 2017 Nov [cited 2019 Jul 24];53(5):712-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28874302> - <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.05.032> - PMID:28874302
 16. Addison T: On the Constitutional and Local Effects of Disease of the Suprarenal Capsules. Birmingham, Ala, Classics of Medicine Library, 1980
 17. Oelkers W: Adrenal Insufficiency. *N Engl J Med* 1996; 335:1206- 1212. <https://doi.org/10.1056/NEJM199610173351607> - PMID:8815944
 18. Eisenbarth GS, Gottlieb PA. Autoimmune polyendocrine syndromes. *N Engl J Med* 2004; 350:2068-2079. <https://doi.org/10.1056/NEJMra030158> - PMID:15141045
 19. Dekkers OM, van der Klaauw AA, Pereira AM, Biermasz NR, Honkoop PJ, Roelfsema F, Smit JW, Romijn JA. Quality of life is decreased after treatment for nonfunctioning pituitary macroadenoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:3364-3369. <https://doi.org/10.1210/jc.2006-0003> - PMID:16787991
 20. Løvas K, Husebye ES. High prevalence and increasing incidence of Addison's disease in western Norway. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2002;56:787-91. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2002.t01-1-01552.x> - PMID:12072049
 21. Erichsen MM, Løva's K, Skinningsrud B, Wolff AB, Undlien DE, Svartberg J, Fougner KJ, Berg TJ, Bollerslev J, Mella B, Carlson JA, Erlich H, Husebye ES. Clinical, immunological, and genetic features of autoimmune primary adrenal insufficiency: observations from a Norwegian registry. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94:4882-90. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-1368> - PMID:19858318
 22. Thomsen AF, Kvist TK, Andersen PK, Kessing LV. The risk of affective disorders in patients with adrenocortical insufficiency. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31:614-22. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.01.003> - PMID:16545526
 23. Holtzman CW, Trotman HD, Goulding SM, Ryan AT, MacDonald AN, Shapiro DI, Brasfield JL, Walker EF. Stress and neurodevelopmental processes in the emergence of psychosis. *Neuroscience*. 2013;249:172-91. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.12.017> - PMID:23298853 - PMCid:PMC4140178
 24. Gould E, Woolley CS, McEwen BS. Short-term glucocorticoid manipulations affect neuronal morphology and survival in the adult dentate gyrus. *Neuroscience* 1990; 37:367-375. [https://doi.org/10.1016/0306-4522\(90\)90407-U](https://doi.org/10.1016/0306-4522(90)90407-U)
 25. Squire LR, Zola-Morgan S. Memory: brain systems and behavior. *Trends Neurosci* 1988. [https://doi.org/10.1016/0166-2236\(88\)90144-0](https://doi.org/10.1016/0166-2236(88)90144-0)
 26. Mizoguchi K, Ishige A, Takeda S, Aburada M, Tabira T. Endogenous glucocorticoids are essential for maintaining prefrontal cortical cognitive function. *J Neurosci* 2004; 24:5492-5499. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0086-04.2004> - PMID:15201321 - PMCid:PMC6729338
 27. Filipsson H, Monson JP, Koltowska-Haggstrom M, Mattsson A, Johannsson G. The impact of



- glucocorticoid replacement regimens on metabolic outcome and comorbidity in hypopituitary patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:3954-3961. <https://doi.org/10.1210/jc.2006-0524> - PMID:16895963
28. Johannsson G, Falorni A, Skrtic S, Lennernas H, Quinkler M, Monson JP, Stewart PM. Adrenal insufficiency: review of clinical outcomes with current glucocorticoid replacement therapy. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2015; 82:2-11. <https://doi.org/10.1111/cen.12603> PMID:25187037
29. Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2016; 101:364. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1710> - PMID:26760044 PMID:PMC4880116
30. Grossman AB. Clinical Review: The diagnosis and management of central hypoadrenalism. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95:4855. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0982> - PMID:20719838
31. Anglin RE, Rosebush PI, Mazurek MF. The Neuropsychiatric Profile of Addison's Disease: Revisiting a Forgotten Phenomenon. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18(4):450-9. <http://doi.org/10.1176/jnp.2006.18.4.450> - PMID:17135373
32. Newell-Price J, Bertagna X, Grossman AB, Nieman LK. Cushing's syndrome. *Lancet* 2006;367:1605-1617. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68699-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68699-6)
33. Pivonello R, Simeoli C, De Martino MC, Cozzolino A, De Leo M, Iacuniello D, Pivonello C, Negri M, Pellicchia MT, Iasevoli F, Colao A. Neuropsychiatric disorders in Cushing's syndrome. *Front. Neurosci*. 2015;9:129. <https://doi.org/10.3389/fnins.2015.00129> PMID:25941467 - PMID:PMC4403344
34. Merke DP, Giedd JN, Keil MF, Mehlinger SL, Wiggs EA, Holzer S, Rawson E, Vaituzis AC, Stratakis CA, Chrousos GP. Children experience cognitive decline despite reversal of brain atrophy one year after resolution of Cushing syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:2531-2536. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-2488> - PMID:15741254
35. Bauduin SEEC, van der Wee NJA, van der Werff SJA. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2018 Aug;25(4):285-289. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000414> - PMID:29746308
36. Simmons NE, Do HM, Lipper MH, Laws ER Jr. Cerebral atrophy in Cushing's disease. *Surg Neurol* 2000; 53:72-76. [https://doi.org/10.1016/S0090-3019\(99\)00197-4](https://doi.org/10.1016/S0090-3019(99)00197-4)
37. Resmini E, Santos A, Gomez-Anson B, Vives Y, Pires P, Crespo I, Portella MJ, Juan-Delago M, Barahona MJ, Webb SM. Verbal and visual memory performance and hippocampal volumes, measured by 3-Tesla magnetic resonance imaging, in patients with Cushing's syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:663-671. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-2231> - PMID:22162471
38. Santos A, Resmini E, Crespo I, Pires P, Vives-Gilabert Y, Granell E, Valassi E, Gómez-Anson B, Martínez-Momblán MA, Mataró M, Webb SM. Small cerebellar cortex volume in patients with active Cushing's syndrome. *Eur J Endocrinol* 2014; 171:461-469. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0371> - PMID:25005936
39. Cohen SI. Cushing's syndrome: a psychiatric study of 29 patients. *Br J Psychiatry* 1980; 136:120-124. <https://doi.org/10.1192/bjp.136.2.120> - PMID:7370477
40. Kelly WF, Kelly MJ, Faragher B. A prospective study of psychiatric and psychological aspects of Cushing's syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1996; 45:715-720. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1996.8690878.x> - PMID:9039337
41. Tiemensma J, Biermasz NR, Middelkoop HA, van der Mast RC, Romijn JA, Pereira AM. Increased prevalence of psychopathology and maladaptive personality traits after long-term cure of Cushing's disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:E129-E141. <https://doi.org/10.1210/jc.2010-0512> - PMID:20660031
42. Tiemensma J, Kokshoorn NE, Biermasz NR, Keijser BJS, Wassenaar MJE, Middelkoop HAM, Pereira AM, Romijn JA. Subtle cognitive impairments in patients with long-term cure of Cushing's disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:2699-

DANIELL DE SIQUEIRA ARAÚJO LAFAYETTE
PHILIP DE AZEVEDO COSTA URQUIZA
EVELINE MARIA COSMO DE BRITO
SILVIA POLIANA GUEDES ALCOFORADO COSTA
AMAURY CANTILINO DA SILVA JÚNIOR

2714. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-2032> - PMID:20371667
43. Nieman LK, Biller BM, Findling JW, Murad MH, Newell-Price J, Savage MO, Tabarin A. Treatment of Cushing's syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015;100:2807-31. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-1818> - PMID:26222757 PMID:PMC4525003
44. Sonino N, Fallo F, Fava GA. Psychosomatic aspects of Cushing's syndrome. *Rev Endocr Metab Disord.* 2010;11:95-104. <https://doi.org/10.1007/s11154-009-9123-7> - PMID:19960264
45. Starkman MN. Neuropsychiatric findings in Cushing's syndrome and exogenous glucocorticoid administration. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2013;42:477-88. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2013.05.010> PMID:24011881
46. Santos A, Resmini E, Pascual JC, Crespo I, Webb SM. Psychiatric Symptoms in Patients with Cushing's Syndrome: Prevalence, Diagnosis and Management. *Drugs.* 2017 May;77(8):829-842. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0735-z> - PMID:28393326.
47. Sonino N, Fava GA. Psychiatric disorders associated with Cushing's syndrome: epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs.* 2001;15:361-73. <https://doi.org/10.2165/00023210-200115050-00003> - PMID:11475942
48. Dorn LD, Burgess ES, Friedman TC, Dubbert B, Gold PW, Chrousos GP. The longitudinal course of psychopathology in Cushing's syndrome after correction of hypercortisolism. *J Clin Endocrinol Metab.* 1997;82:912-9. <https://doi.org/10.1210/jc.82.3.912> - <https://doi.org/10.1210/jcem.82.3.3834> - PMID:9062506