

DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Maria Raquel Silva

Professora Auxiliar

Faculdade de Ciências da Saúde - UFP

raquel@ufp.edu.pt

Vera Fernandes

Licenciada em Motricidade Humana

Faculdade de Ciências da Saúde- UFP

aerobica@iol.pt

RESUMO

Os distúrbios do comportamento alimentar têm vindo a aumentar, devido às pressões para obter um peso corporal reduzido. Assim, o objectivo geral deste estudo foi avaliar a eventual presença de distúrbios do comportamento alimentar em jovens adultos. A amostra foi constituída por 90 estudantes universitários [21,8 (2,6) anos; 65,5 (14,3) kg; 1,70 (0,1) m], dos quais 61 eram do género feminino [21,5 (2,6) anos; 59,4 (10,6) kg; 1,60 (0,1) m] e 29 do género masculino [22,3 (2,6) anos; 78,2 (12,6) kg; 1,80 (0,1) m]. Foi aplicado um questionário dividido em 2 partes distintas: uma composta pelos aspectos sócio-demográficos, e outra parte pelo *Eating Disorder Inventory* (EDI - Garner et al. cit. in Gonçalves, 1998) traduzido para português pelo Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar, do Hospital de Santa Maria,

Lisboa. Os participantes apresentaram alguns traços psicológicos e comportamentais relacionados com a presença de distúrbios do comportamento alimentar, nomeadamente comportamentos mais relacionados com as categorias “Ineficácia” e “Desconfiança interpessoal”.

PALAVRAS-CHAVE

Distúrbios do comportamento alimentar; Estudantes universitários.

ABSTRACT

Eating disorders have increased because of the pressure to keep a lean body. Thus, the main purpose of this study was to evaluate the presence of eating disorders in young adults. Ninety college students were evaluated [21,8 (2,6) years old; 65,5 (14,3) kg; 1,70 (0,1) m]: 61 females [21,5 (2,6) years old; 59,4 (10,6) kg; 1,60 (0,1) m] and 29 males [22,3 (2,6) years old; 78,2 (12,6) kg; 1,80 (0,1) m]. A specific questionnaire was used and divided into 2 parts: one for social and demographic data and another one for the Eating Disorder Inventory (EDI - Garner et al. cit. in Gonçalves, 1998) translated for Portuguese by Eating Disorders Group of Santa Maria Hospital, Lisbon. The subjects showed psychological and behavioural traits related with the presence of eating disorders, such as “Ineffective” and “Interpersonal unreliability”.

KEYWORDS

Eating disorders; College students.

1. INTRODUÇÃO

Actualmente, os distúrbios do comportamento alimentar (DCA) têm vindo a aumentar, devido ao controlo exagerado do peso corporal (Gonçalves, 1998; Silva, 2003a, 2003b, 2007), da pressão exercida pela própria sociedade, que tende a valorizar o corpo magro e esbelto em relação ao corpo menos magro e mais volumoso, e de factores endógenos, influenciados, muitas vezes, pela hereditariedade (Santos, 2005).

A denominação de DCA, de acordo com Raicha (2001) e com Santos (2005) designa as alterações do quadro psicológico que representam sérias anomalias do comportamento da ingestão alimentar, sendo as mais representativas a anorexia (AN) e a bulimia (BN). A preocupação com a dieta alimentar, com a imagem corporal e com o desejo de agradar aos outros são sintomas que ajudam ao diagnóstico dos DCA.

Os DCA são patologias características das sociedades desenvolvidas e industrializadas (Gonçalves, 1998) e afectam maioritariamente o género feminino, apesar do crescente número de casos diagnosticados em indivíduos do género masculino.

Neste sentido, o principal objectivo deste estudo foi identificar a eventual presença de DCA em estudantes universitários, tendo como objectivo específico avaliar a presença de alterações de comportamento alimentar entre os géneros.

Para Viana (2002), o comportamento alimentar apresenta-se como o efeito dos factores psicológicos e sociais, existindo, por sua vez, uma distinção entre o comportamento alimentar e o padrão de ingestão com o objectivo de se estabelecerem diferenças. O comportamento alimentar abarca o acto de ingestão e os aspectos qualitativos associados à selecção e à decisão dos alimentos a consumir. O padrão de ingestão refere-se aos aspectos quantitativos implícitos na ingestão, como o valor calórico dos nutrientes.

Os DCA estão associados a diversas complicações clínicas graves. Os distúrbios hidroelectrolíticos e metabólicos, assim como, as várias alterações endócrinas podem estar presentes. Muitas dessas alterações decorrem da perda de peso e dos métodos compensatórios utilizados pelos pacientes. São importantes a identificação precoce e o tratamento adequado dessas complicações para a redução dos riscos relacionados (Assumpção & Cabral, 2002). Schebendach e Reichert-Anderson (2002) defenderam que os DCA afectam, sobretudo, o género feminino, na etapa de adolescência e da vida adulta.

Segundo Carmo (2001), o conceito dos DCA pode estar associado a um conceito de Endocrinologia. O sistema endócrino está em comunicação interna, envolvendo mecanismos que estabelecem ligação entre os órgãos e as células. Para Wilson e Foster (*cit. in Carmo, 2001*), a interacção dos vários tecidos especializados é notória graças a três sistemas de comunicação extra celular: o sistema nervoso, que transmite e recebe mensagens através de sinais electroquímicos, envolvendo o sistema nervoso central e o periférico e os tecidos receptores; o sistema endócrino que lança em circulação mediadores químicos (hormonas); e o sistema imunitário, que protege o organismo de agressões externas ou internas. Deste modo, segundo Bax et al (*cit. in Carmo, 2001*), estes três sistemas sobrepõem-se. O sistema nervoso liberta agentes químicos que actuam como mediadores, que são as hormonas, e estas, como mediadores neurogénicos, dentro do sistema nervoso central. Assim, o sistema nervoso central é o maior produtor de hormonas, nomeadamente as liberinas e as estimulinas que são denotadas por alguns autores por glândulas. Pensa-se que os DCA se situam na sobreposição destes três sistemas Vandereycken e Hoeck,

(*cit. in Carmo, 2001*).

Segundo Neves (2005) e Melina & Araújo (2002), o género masculino representa cerca de 10% da população que sofre de AN e BN e cerca de 25% dos casos sofre de perturbação de ingestão compulsiva. O género masculino super-estima a dimensão corporal, tendo também a necessidade e o desejo de um corpo musculado. Utilizam menos procedimentos compensatórios como o vómito, mas o exercício físico é feito com maior intensidade, sendo acompanhado por episódios de ingestão alimentar compulsiva, quando comparado com o género feminino. A par desta perturbação aparecem os factores de risco, como o facto de poderem ser atletas, homossexuais, ter experiências negativas na vida, o alcoolismo e antecedentes de obesidade, assim como o passado de provocação continuada e de abuso físico (Johnson, *cit. in* Neves, 2005 e Womble et al, 2001).

De acordo com Neves (2005), os homens com DCA têm um risco aumentado para apresentarem outras doenças. Em homens com AN, a comorbilidade com esquizofrenia é muito mais elevada do que os que apresentam BN ou perturbações do comportamento sem especificação. Homens com BN têm uma maior taxa de perturbações do humor e uma maior dependência de substâncias. O género masculino procura menos o tratamento do que o género feminino e os impedimentos devem-se, essencialmente, a factores e condicionantes de ordem cultural. Estudos apontam para que a raiva desencadeie comportamentos de ingestão compulsiva nos homens, enquanto nas mulheres estes sentimentos são desencadeados pela tentativa de suprimir os sentimentos de raiva (Meyer et al, 2005). Assim, nas mulheres, a imagem corporal perfeita está relacionada com a magreza e no género masculino está direccionada para o corpo musculado.

Parece que o Homem está tão preocupado como a Mulher com a sua imagem corporal (Edwards e Launder *cit. in* Neves, 2005). Estudos realizados sobre a imagem corporal dizem que os homens com AN e BN se identificam com imagens de proximidade com o dobro da gordura que realmente têm (Mangweth et al, 2004).

A American Psychiatric Association (1996) definiu AN como a recusa em manter o peso corporal normal, o medo de ganhar peso ou ficar gordo, mesmo quando muito magro, uma perturbação na apreciação do peso e forma corporal e a presença de amenorreia. Caracterizou a BN como sendo uma ingestão alimentar compulsiva, através da ingestão de grandes quantidades de alimento num curto intervalo de tempo e pelo descontrolo sobre o acto de comer durante o respectivo episódio. Para a existência de comportamentos compensatórios, os dois aspectos anteriores ocorrem, em média, duas vezes por semana, durante 3 meses consecutivos. A auto-

avaliação está relacionada com a forma e o peso corporais e as crises de BN podem não ocorrer durante os episódios de AN.

A AN pode ser de 2 tipos: restritivo, se não há ingestão compulsiva de alimentos e purgantes ou; compulsivo/purgativo, se há um comportamento de indução de vômito ou purgativo. Por seu lado, a BN pode ser do tipo purgativo, se o indivíduo recorre a métodos compensatórios (vômito, laxantes, diuréticos), ou do tipo não purgativo, se adopta outros comportamentos compensatórios (o jejum e o exercício físico).

2. PARTICIPANTES E MÉTODOS

2.1. AMOSTRA

A amostra foi constituída por 90 estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa: 61 indivíduos do género feminino e 29 indivíduos do género masculino.

2.2. METODOLOGIA

A aplicação do questionário realizou-se de forma directa, numa sala de aula, num ambiente calmo e tranquilo, tendo sido respeitados todos os aspectos éticos, assegurando-se o anonimato e a confidencialidade dos dados (Declaração de Helsínquia, 1964).

O questionário estava dividido em 2 partes distintas: uma composta pelos aspectos sócio-demográficos, e outra parte pelo *Eating Disorder Inventory* (EDI). A primeira parte compreendeu a idade, o peso, a estatura e o género do indivíduo. A segunda parte foi formada pelos 64 itens do EDI traduzido para português pelo Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar, do Hospital de Santa Maria em Lisboa.

O EDI foi desenhado para avaliar os traços psicológicos e comportamentais mais comuns na caracterização dos DCA. Não havia respostas certas ou erradas. A escala de medida do instrumento foi do tipo *Likert* com 6 respostas alternativas: sempre, normalmente, frequentemente, às vezes, raramente e nunca. Este instrumento apresenta a vantagem de considerar uma perspectiva multidimensional e multicausal, possibilitando uma maior compreensão da sintomatologia complexa e heterogénea apresentada nos DCA.

Além do resultado total, o EDI permitiu calcular o resultado nas 8 sub-escalas, que serão apresentadas de seguida (Garner et al. cit. in Gonçalves, 1998):

1. Impulso para emagrecer (itens 1, 7, 11, 16, 25, 32, 49) – compreende a inquietação exagerada com a dieta e com o peso corporal. Os itens desta escala reflectem ainda o desejo extremo de perder peso, assim como, o medo de ganhar peso.
2. Bulimia (itens 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61) – indica a disposição para episódios de ingestão alimentar compulsiva, que podem ser seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados como o vômito auto-induzido.
3. Insatisfação corporal (itens 2, 9, 12, 19, 31, 45, 55, 59, 62) – transmite a ideia de que determinada parte do corpo está relacionada com alterações da puberdade.
4. Ineficácia (itens 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56) – avalia os sentimentos de falta de controlo, insegurança e inadequação na vida pessoal. Também se avalia o conceito pessoal.
5. Perfeccionismo (itens 13, 29, 36, 43, 52, 63) – avalia expectativas pessoais muito elevadas e uma ênfase na realização.
6. Desconfiança interpessoal (itens 15, 17, 23, 30, 34, 54, 57) – retrata um sentido de alienação e uma relutância geral para formar relações próximas ou expressar facilmente emoções, sendo esta característica a mais importante para um quadro clínico da anorexia.
7. Consciência interoceptiva (itens 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64) – indica a dificuldade de identificação e reconhecimento de emoções, e sensações de fome e saciedade.
8. Medos da maturidade (itens 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48, 58) – expressa-se através do desejo em regressar à segurança da pré-adolescência e à exigência da fase adulta.

As respostas foram catalogadas da seguinte forma: para a categoria “sempre” atribuiu-se o valor 1; para “normalmente”, o valor 2; para “frequentemente”, o valor 3; para “às vezes”, o valor 4; para “raramente”, o valor 5 e; para “nunca”, o valor 6.

O tratamento dos dados realizou-se com recurso ao programa informático SPSS para Windows, versão 14.0. Os resultados serão apresentados na forma de média (desvio padrão), ou na forma de frequência (fr) e percentagem (%).

3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 90 estudantes universitários [21,8 (2,6) anos; 65,5 (14,3) kg; 1,70 (0,1) m], dos quais 61 eram do género feminino [21,5 (2,6) anos; 59,4 (10,6) kg; 1,60 (0,1) m] e 29 do género masculino [22,3 (2,6) anos; 78,2 (12,6) kg; 1,80 (0,1) m - Quadro 1].

	GÉNERO	
	FEMININO (n = 61)	MASCULINO (n = 29)
	Média(dp)	Média (dp)
Idade (anos)	21,5 (2,6)	22,3 (2,6)
Peso (kg)	59,4 (10,6)	78,2 (12,6)
Estatura (m)	1,60 (0,1)	1,80 (0,1)

QUADRO 1: Caracterização geral da amostra (n=90).

Na análise dos traços psicológicos e comportamentais da amostra (Quadro 2) foi possível verificar que “Tenho relações próximas (amizades)” [1,9 (1,0) pontos], “Sinto que sou uma pessoa capaz” [2,1 (1,1) pontos] e “Comunico facilmente com os outros” [2,5 (1,1) pontos] foram os comportamentos que normalmente estiveram presentes nos inquiridos.

Por outro lado, “Já pensei em tentar vomitar para perder peso” [5,5 (1,2) pontos], “Sinto-me inútil como pessoa” [5,4 (1,0) pontos] e “Como ou bebo às escondidas” [5,3 (1,3) pontos] foram os comportamentos que raramente estiveram presentes nos discentes.

De salientar que os itens com respostas mais baixas estiveram relacionadas com a “ineficácia” e com a “desconfiança interpessoal”. No entanto, a “ineficácia” apresentava valores médios elevados, a “bulimia” foi o mais representativo.

	MÉDIA (dp)
Tenho relações próximas (amizades)	1,9 (1,0)
Sinto que sou uma pessoa capaz	2,1 (1,1)
Comunico facilmente com os outros	2,5 (1,1)
Como ou bebo às escondidas	5,3 (1,3)
Sinto-me inútil como pessoa	5,4 (1,0)
Já pensei em tentar vomitar para perder peso	5,5 (1,2)
Escala da categoria: 1 - sempre / 2 - normalmente / 3 - frequentemente / 4 - às vezes / 5 - raramente / 6 - nunca	

QUADRO 2: Os 3 traços psicológicos e comportamentais menos cotados e os 3 mais cotados da amostra (n=90) no EDI.

Relativamente à análise dos traços psicológicos e comportamentais demonstrados pelos participantes em função do género verificou-se que o género feminino

apresentou uma pontuação total média no EDI inferior [3,95 (1,34) pontos] à do género masculino [4,10 (1,25) pontos – Quadro 3] e, por isso apresentou um maior número de traços psicológicos e comportamentais relacionados com DCA. Ambos os géneros responderam ao longo do EDI valores idênticos de mínimo e de máximo, embora em itens diferentes.

Género/Pontuação total no EDI	Média (dp)	Mín.	Máx.
Feminino (n=61)	3,95 (1,34)	1 (sempre)	6 (raramente)
Masculino (n=29)	4,10 (1,25)	1 (sempre)	6 (raramente)
Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca			

QUADRO 3: Resultados médios da amostra no EDI em função do género.

Na análise da categoria “Impulso para emagrecer” (Quadro 4), o género feminino apresentou uma média inferior [3,8 (1,6) pontos] quando comparado com o género masculino [4,8 (1,3) pontos], o que significa que as mulheres apresentaram um maior impulso para emagrecer do que os homens.

Os itens 7 “Penso em fazer dieta” ($p= 0,000$), 11 “Sinto-me extremamente culpada/o depois de comer demais” ($p= 0,003$), 16 “Fico aterrorizada/o com a ideia de ganhar peso” ($p= 0,001$), 25 “Exagero a importância do peso” ($p= 0,016$), 32 “Estou preocupada/o com o desejo de ser mais magra/o” ($p= 0,012$) e 49 “Se aumento 1 kg preocupa-me continuar a aumentar de peso” ($p= 0,000$) expressaram a existência de diferenças estatisticamente significativas. Em todos eles, os indivíduos de género feminino exibiram um maior número de traços relacionados com os DCA, do que os do género masculino.

Quanto à categoria “Bulimia” (Quadro 5), observou-se uma pontuação média inferior no género feminino [4,8 (1,4) pontos], enquanto no género masculino a média foi de 5,2 (1,0) pontos. Isto quer dizer que os indivíduos do género masculino “raramente” apresentaram este tipo de comportamento e os do género feminino revelaram que “às vezes” poderiam ter exibido este comportamento. Nesta categoria, apenas o item 4 ($p= 0,001$) expressou diferenças estatisticamente significativas, sendo mais notórias no género feminino.

IMPULSO PARA EMAGRECER/GÊNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
1 – Como doces e hidratos de carbono sem me sentir nervosa/o	2,9 (1,5)	2,9 (1,7)
7 – Penso em fazer dieta	3,8 (1,6)	5,1 (1,1)
11 – Sinto-me extremamente culpada/o depois de comer demais	4,4 (1,5)	5,3 (1,3)
16 – Fico aterrorizada/o com a ideia de ganhar peso	3,6 (1,7)	4,8 (1,3)
25 – Exagero a importância do peso	4,2 (1,6)	5,0 (1,3)
32 – Estou preocupada/o com o desejo de ser mais magra/o	4,0 (1,8)	5,0 (1,2)
49 – Se aumento 1 kg preocupa-me continuar a aumentar de peso	3,8 (1,8)	5,5 (0,9)
TOTAL	3,8 (1,6)	4,8 (1,3)
Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca		

QUADRO 4: Categoria 1 – Impulso para Emagrecer em função do género

BULIMIA/GÊNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
4 – Como quando estou preocupada/o	4,2 (1,2)	5,0 (1,1)
5 – Empanturro-me de comida	4,4 (1,3)	4,9 (0,7)
28 – Já me aconteceu comer demais e sentir que não consegui parar	4,6 (1,3)	5,0 (1,2)
38 – Penso em empanturrar-me com comida	4,8 (1,4)	5,0 (1,0)
46 – Como moderadamente em frente aos outros e empanturro-me quando se vão embora	5,0 (1,6)	5,1 (1,4)
53 – Já pensei em tentar vomitar para perder peso	5,3 (1,4)	5,8 (0,7)
61 – Como ou bebo às escondidas	5,2 (1,4)	5,5 (1,0)
TOTAL	4,8 (1,4)	5,2 (1,0)
Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca		

QUADRO 5: Categoria 2 – Bulimia em função do género.

Na categoria “Insatisfação corporal” (Quadro 6) verificou-se uma pontuação média idêntica no género masculino [3,8 (1,4) pontos] e no género feminino [3,8 (1,6) pontos].

Através da discriminação da escala de medida pode-se verificar que este tipo de comportamento variou entre “frequentemente” e “às vezes”.

Os itens 9 “Acho as minhas coxas muito gordas” ($p=0,000$), 45 “Penso que as minhas ancas são muito largas” ($p=0,000$), 55 “Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo” ($p=0,002$), 59 “Acho as minhas nádegas grandes demais” ($p=0,005$)

e 62 “Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo” ($p= 0,003$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Os itens 55 e 62 apresentaram uma média inferior no gênero masculino, enquanto os restantes itens foram inferiores no gênero feminino.

INSATISFAÇÃO CORPORAL/GÊNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
2 – Acho que o meu estômago é grande demais	4,2 (1,7)	4,5 (1,5)
9 – Acho as minhas coxas muito gordas	4,2 (1,6)	5,7 (0,6)
12 – Acho que o meu estômago tem o tamanho certo	3,2 (1,7)	2,5 (1,5)
19 – Gosto da forma do meu corpo	3,4 (1,3)	3,0 (1,5)
31 – Gosto das minhas nádegas	3,3 (1,6)	2,8 (1,6)
45 – Penso que as minhas ancas são muito largas	4,1 (1,7)	5,3 (1,1)
55 – Acho que as minhas coxas têm o tamanho certo	3,6 (1,7)	2,4 (1,6)
59 – Acho as minhas nádegas grandes demais	4,4 (1,6)	5,3 (1,1)
62 – Acho que as minhas ancas têm o tamanho certo	3,7 (1,7)	2,5 (1,7)
TOTAL	3,8 (1,6)	3,8 (1,4)
Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca		

QUADRO 6: Categoria 3 – Insatisfação Corporal em função do gênero.

Relativamente ao estudo da “*Ineficácia*”, em função do gênero (Quadro 7), constatou-se mais uma vez que os valores obtidos foram idênticos entre os gêneros [4,0 (1,2) pontos]. Os estudantes demonstraram que “às vezes” sentem ineficácia nas suas ações/comportamentos. Nesta categoria observaram-se diferenças estatisticamente significativas nos itens: 10 “Sinto--me inútil como pessoa” ($p= 0,021$), 20 “Geralmente sinto que controlo a minha vida” ($p= 0,032$) e 24 “Desejava ser outra pessoa” ($p= 0,020$). Os itens 10 e 24 apresentaram uma média inferior no gênero feminino.

Na análise “*Perfeccionismo*” (Quadro 8), o gênero masculino apresentou uma pontuação média mais reduzida [3,5 (1,5) pontos] do que o gênero feminino [3,7 (1,3) pontos]. Assim, os homens tendem “frequentemente”/“às vezes” a ser perfeccionistas, enquanto as mulheres exibiram traços mais próximos de “às vezes”, e por isso, parece que elas tendem a ser menos perfeccionistas do que eles.

Nesta categoria apenas no item 52 “Se não faço as coisas na perfeição, prefiro não as fazer” ($p= 0,028$) se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

INEFICÁCIA/GÉNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
10 – Sinto-me inútil como pessoa	5,2 (1,1)	5,7 (0,6)
18 – Sinto-me sozinha/o no mundo	5,1 (0,9)	5,0 (1,2)
20 – Geralmente sinto que controlo a minha vida	2,9 (1,5)	2,2 (1,3)
24 – Desejava ser outra pessoa	4,9 (0,9)	5,2 (1,5)
27 – Sinto-me inadequada/o	5,0 (0,9)	5,3 (1,1)
37 – Tenho confiança em mim	2,7 (1,2)	2,8 (1,5)
41 – Tenho fraca opinião a meu respeito	5,0 (1,0)	5,0 (1,0)
42 – Sinto-me capaz de atingir os objectivos que tracei por mim própria/o	2,7 (1,4)	2,7 (1,3)
50 – Sinto que sou uma pessoa capaz	2,2 (1,2)	2,0 (1,0)
56 – Sinto-me vazia/o por dentro (emocionalmente)	4,8 (1,4)	4,4 (1,3)
TOTAL	4,0 (1,2)	4,0 (1,2)
Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca		

QUADRO 7: Categoria 4 – Ineficácia em função do género.

PERFECCIONISMO/GÉNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
13 – Apenas realizações brilhantes são aceites na minha família	4,7 (1,3)	4,5 (1,2)
29 – Quando criança forçava-me por não me desiludir os meus pais e professores	3,6 (1,6)	3,3 (1,5)
36 – Detesto não ser melhor	4,1 (1,3)	3,7 (1,6)
43 – Os meus pais têm esperado o máximo de mim	3,0 (1,4)	2,9 (1,6)
52 – Se não faço as coisas na perfeição prefiro não as fazer	3,9 (1,1)	3,2 (1,4)
63 – Tenho objectivos muito elevados	3,0 (1,3)	3,1 (1,4)
TOTAL	3,7 (1,3)	3,5 (1,5)
Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca		

QUADRO 8: Categoria 5 – Perfeccionismo em função do género.

Quanto à análise da “Desconfiança interpessoal” (Quadro 9), ambos os géneros revelaram frequentemente uma desconfiança interpessoal: no género masculino [3,2 (1,2) pontos] e no género feminino [3,4 (1,3) pontos].

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas na análise desta característica psicométrica.

DESCONFIANÇA INTERPESSOAL/GÉNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
15 – Falo abertamente dos meus sentimentos	3,3 (1,5)	3,3 (1,4)
17 – Confio nos outros	3,5 (1,2)	3,5 (1,2)
23 – Comunico facilmente com os outros	2,6 (1,1)	2,3 (1,1)
30 – Tenho relações próximas (amizades)	2,0 (1,0)	1,8 (0,9)
34 – Tenho dificuldades em expressar os meus sentimentos aos outros	4,3 (1,2)	4,3 (1,0)
54 – Preciso de manter as pessoas a uma certa distancia (sinto-me mal quando se tentam aproximar demasiado)	4,9 (1,3)	4,5 (1,4)
57 – Consigo falar dos meus sentimentos ou pensamentos pessoais	3,1 (1,5)	2,9 (1,2)
TOTAL	3,4 (1,3)	3,2 (1,2)
Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca		

QUADRO 9: Categoria 6 – Desconfiança Interpessoal em função do género.

Relativamente ao estudo da “Consciência interoceptiva” (Quadro 10), o género feminino apresentou uma média de pontuação ligeiramente inferior [4,4 (1,2) pontos] à do género masculino [4,5 (1,3) pontos]. Desta forma, ambos os grupos indicaram que “às vezes” revelam uma consciência interoceptiva, sendo que os indivíduos do género masculino se aproximaram também do “raramente”. Tal como na característica anterior, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas.

Na categoria 8, “Medos de maturidade” (Quadro 11) verificou-se que os indivíduos do género feminino revelaram ligeiramente mais sentimentos/medos de maturidade [3,7 (1,3) pontos] do que os do género masculino [3,8 (1,3) pontos], embora as diferenças entre eles não fossem estatisticamente significativas. Os dois grupos de sujeitos sentiram medos de maturidade com alguma frequência. Apenas se destacaram diferenças estatisticamente significativas no item 3 “Desejava poder voltar à segurança da infância” ($p= 0,023$), sendo que esta diferença foi mais acentuada nas mulheres.

CONSCIÊNCIA INTEROCEPTIVA/GÊNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
8 – Sinto-me assustada/o quando os meus sentimentos são muito intensos	5,1 (0,9)	5,0 (1,2)
21 – Fico confusa/o acerca da emoção que estou a sentir	4,3 (1,2)	3,8 (1,4)
26 – Facilmente identifico o que sinto	3,1 (1,2)	3,5 (1,5)
33 – Não sei o que se passa dentro de mim	4,7 (1,0)	4,8 (0,9)
40 – Fico confusa/o em saber se tenho fome ou não	4,6 (1,3)	4,9 (1,3)
44 – Preocupa-me que os meus sentimentos fiquem fora do meu controlo	4,0 (1,5)	4,1 (1,4)
47 – Sinto-me enfiada/o depois de comer uma refeição normal	4,8 (1,1)	4,9 (1,1)
51 – Quando estou aborrecida/o não sei se estou triste, assustada/o ou zangada/o	4,4 (1,2)	4,3 (1,2)
60 – Tenho sentimentos que não consigo identificar	4,4 (0,9)	4,3 (1,4)
64 – Quando ando aborrecida/o receio começar a comer	4,8 (1,3)	5,1 (1,5)
TOTAL	4,4 (1,2)	4,5 (1,3)

Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca

QUADRO 10: Categoria 7 – Consciência interoceptiva em função do género

MEDOS DE MATURIDADE/GÊNERO	Feminino (n=61)	Masculino (n=29)
	Média (dp)	Média (dp)
3 – Desejava poder voltar à segurança da infância	3,9 (1,5)	4,6 (1,3)
6 – Gostava de ser mais nova/o	4,5 (1,2)	4,1 (1,2)
14 – A época mais feliz da minha vida foi a infância	4,0 (1,6)	3,6 (1,6)
22 – Prefiro ser adulta/o a ser criança	3,1 (1,3)	3,4 (1,2)
35 – As exigências da vida adulta são demasiadas	3,2 (1,1)	3,6 (1,1)
39 – Sinto-me contente por já não ser uma criança	3,6 (1,1)	3,8 (1,2)
48 – Acho que as pessoas são mais felizes enquanto crianças	3,7 (1,3)	3,7 (1,3)
58 – Os melhores anos da nossa vida são quando nos tornamos adultos	3,4 (1,1)	3,6 (1,2)
TOTAL	3,7 (1,3)	3,8 (1,3)

Escala da categoria: 1 – sempre / 2 – normalmente / 3 – frequentemente / 4 – às vezes / 5 – raramente / 6 – nunca

QUADRO 11: Categoria 8 – Medos de maturidade em função do género

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os DCA são perturbações complexas do ser humano com causas internas e externas, fruto de alterações definitivas ou transitórias dos sistemas de comunicação do organismo (Carmo, 2001). Segundo Bouça (2005), os DCA devem ser entendidos numa perspectiva transdiagnóstica, tendo subjacentes processos psicopatológicos análogos com mecanismos usuais abrangidos na persistência do decorrer do tempo.

Bouça e Sampaio (2002) consideram que os DCA deveriam ser entendidos como doenças que reflectem a confluência entre a psicologia individual, os factores sociais e as determinantes biológicas. Resultam do tratamento de diferentes níveis de análise, assim como de padrões alimentares, da psicologia clínica e da cognição problemas interpessoais e familiares.

Os estudantes avaliados apresentaram alguns traços psicológicos e comportamentais relacionados com a presença de DCA, nomeadamente comportamentos mais relacionados com as categorias “Ineficácia” e “Desconfiança interpessoal”.

Os itens “Tenho relações próximas”, “Sinto que sou uma pessoa capaz” e “Comunico facilmente com os outros” foram os comportamentos que mais se manifestaram nos discentes, enquanto os menos frequentes foram: “Já pensei em tentar vomitar para perder peso”, “Sinto-me inútil como pessoa” e “Como e bebo às escondidas”.

Estes traços comportamentais e psicológicos estão em discrepância com os identificados por Gonçalves (1998), num estudo com 422 estudantes universitários, cujo traço mais observado foi a bulimia.

Relativamente ao estudo dos traços psicológicos e comportamentais relacionados com o género, verificou-se que o género feminino apresentou uma pontuação média inferior quando comparada com o género masculino. O género masculino preocupou-se mais com o “Perfeccionismo” e com a “Desconfiança interpessoal”, enquanto o género feminino revelou um maior número de traços relacionados com “Impulso para emagrecer”, “Bulimia”, “Consciência interoceptiva” e “Medos de maturidade”. Contudo, pode constatar-se que nas categorias “Insatisfação corporal” e “Ineficácia”, ambos os grupos avaliados atribuíram a mesma pontuação.

Alguns estudos demonstraram uma superioridade significativa nos DCA por parte do género feminino (Carmo, 2001; DSM, 1996; Santos, 2005). Bryant-Waugh & Lask (2002), referiram que a imagem corporal se encontra sob uma crescente pressão no género masculino, atribuindo uma importância de relevo à adopção de uma forma física musculada, sendo esta equivalente a um estado de bem-estar.

5. CONCLUSÕES

Parece-nos possível concluir que os traços relacionados com “Tenho relações próximas (amizades)”, “Sinto que sou uma pessoa capaz” e “Comunico facilmente com os outros” foram os mais frequentes nos estudantes universitários estudados. Os comportamentos menos observados foram: “Já pensei em tentar vomitar para perder peso”, “Sinto-me inútil como pessoa” e “Como ou bebo às escondidas”.

Analisando em função do género, o masculino evidenciou traços mais acentuados nas características que mensuram o “Perfeccionismo” e a “Desconfiança interpessoal”, enquanto o género feminino evidenciou uma pontuação mais elevada nas características que medem o “Impulso para emagrecer”, a “Bulimia”, a “Consciência interoceptiva” e os “Medos de maturidade”.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 4ª edição. Lisboa, Editora Climepsi.

APFELDORFER, G. (1995). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Lisboa, Biblioteca Básica de ciência e Cultura sob Direcção de António Oliveira Cruz.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL (1964 – 1996). *Declaração de Helsinquia*. Adoptada na 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinquia, Finlândia (1964), alterada na 29ª Assembleia, em Tóquio, Japão (1975), na 35ª em Veneza, Itália (1983), na 41ª em Hong-Kong (1989) e na 48ª Somerset West/África do Sul.

ASSUMPTÃO, C. & CABRAL, M. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira Psiquiátrica* 24 (Supl III): pp 29-33. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13968.pdf>. Consultado em 15/11/2006.

BOUÇA, D. e SAMPAIO, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 4, nº. 2, Jul/Dez, pp 121-133.

BOUÇA, D. (2005). Realidade Clínica e a Classificação das Doenças do Comportamento Alimentar: Enfrentar as Ambiguidades. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*. Vol 2, nº. 6 Set/Dez, pp 9-10.

CARMO, I. (2001). *Doenças do Comportamento Alimentar*. Lisboa, Instituto Superior de Biologia Aplicada.

CARMO, I. (2005). *Magros, gordinhos e assim assim, perturbações alimentares dos jovens*. 3ª Edição, Porto, Editora Âmbar.

FISBERG, M.; PALMA, D.; AZAVEDO, T. e MATRINS L. (1998). Distúrbios do apetite na infância. In Nóbrega, F. *Distúrbios da Nutrição*. Rio de Janeiro, Editora Revinter, pp 400-415.

FORTIN, M. (1999). *O processo de Investigação, da concepção à realização*. Loures, Editora Lusociência.

GERUMGHOTT, M. e BACKMUND, H. (1997). *Anorexia e Bulimia*. Lisboa, Editorial Presença.

GONÇALVES, S. (1998). *Perturbações do Comportamento Alimentar, estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina*. Braga, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

HILL, M. e HILL, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa, Editora Sílabo.

MAGWETH, D.; HAUMSMANN, A.; WALCH, T.; HOTTER, A.; RUPP, L. e BIEBL, W. (2004). Body fat perception in eating disordered men. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), pp 102-108.

MAROCO, J. (2003). *Análise estatística – com utilização ao SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.

MELINA, P e ARAÚJO, A. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira Psiquiátrica* 24 (Supl III): pp 73-76. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13977.pdf>. Consultado em 10/11/2006.

MEYER, C.; LEUNG, N.; WALLER, G.; PERKINS, S; PAISE, N. e MITCHELL, J. (2005). Anger and bulimic psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), pp 69-71.

NEVES, A. (2005). As perturbações do comportamento alimentar nos homens. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*. Vol 2, n°. 6 Set/Dez, pp 25-29.

PAULO P.; MACHADO, P; SOARES, S.; SAMPAIO, D.; TORRES, A.; GOUVEIA, J. e OLIVEIRA, C. (2004). *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, vol 1 n° 1 Jan/Mar, pp 30-34.

RAICH, R. (2001). *Anorexia e Bulimia*. Nova Iorque, Editora Mc. Graw Hill.

RUSSEL, G. (2005). Os distúrbios alimentares estão na moda. *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*. Vol 2, n°. 6 Set/Dez, pp 55-59.

SANTOS, A. (2005). *Propensão para perturbações do comportamento alimentar, alexitimia e factores de eficácia no processamento de informação*. Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.

SCHEBENDACH J; REICHERT-ANDERSON P (2002). Nutrição nos Distúrbios Alimentares. In Mahan, L. e Krause, S. *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia*. 10 Edição, São Paulo, Editora Roca.

STRIEGEL H, LESLIE D, PETRILL A, GARVIN V, ROSENHECK A (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient service among female and male patient with an eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, pp 381-389.

VIANA V (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. Vol 4 (XX), pp 611-624.

WOMBLE, G.; WILLIAMSON, A.; MARTIN, K.; ZUCKER, L.; THAW, M. E NETEMEYER, R. (2001). Greenway psychosocial variables association with binge eating in obese males and females. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 30 (2), pp 217-221.