



## **Avaliação do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em estudante do curso de medicina**

Risk assessment of eating disorders in undergraduate medical students

Evaluación del riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en estudiantes de medicina

Christina de Almeida dos Santos<sup>1</sup>, Táki Athanássios Cordás<sup>2</sup>, Izabel Cristina Meister Martins Coelho<sup>1</sup>, Roberto Zonato Esteves<sup>1</sup>.

---

### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes do sexo feminino, do curso de Medicina, de uma Instituição de Ensino Superior em Curitiba – PR. **Métodos:** Foram amostrados 106 estudantes, predominantemente do ciclo básico (1º ao 8º período), a maioria reside com familiares, com faixa de peso dentro da normalidade e demonstrando interesse em participar de serviço de apoio aos Transtornos Alimentares. Foi utilizado o questionário *Eating Attitude Test* (EAT-26), preenchido de forma virtual através de e-mails contendo o link da pesquisa, enviados pela própria Instituição. **Resultados:** A partir do teste EAT-26, 26,4% da amostra apresentou rastreio positivo (pontuação superior a 21), fato que denota considerável vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos alimentares, como a anorexia nervosa e bulimia nervosa. Esses valores são condizentes com os achados de outros estudos, que utilizaram o mesmo teste, inclusive em estudantes de Medicina. **Conclusão:** Conclui-se que há risco positivo para desenvolvimento de Transtornos Alimentares em estudantes de Medicina do sexo feminino, na amostra estudada, pois nesta fase existe uma grande preocupação com a aparência, tamanho e forma corporais, à qual se superpõe os fatores de estresse relacionados ao curso de graduação em Medicina.

**Palavras-chave:** Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Estudantes de Medicina.

---

### **ABSTRACT**

**Objective:** To assess the risk of developing eating disorders in female medical students at an institution of higher education in Curitiba - PR. **Methods:** 106 students were sampled, predominantly from the basic cycle (1st to 8th period), most living with family members, with normal weight range and showing interest in participating in the Eating Disorders Support Service. The Eating Attitude Test (EAT-26) questionnaire was used, filled out virtually through e-mails containing the survey link, sent by the institution itself. **Results:** From the EAT-26 test, 26.4% of the sample had a positive screening (a score greater than 21), a fact that denotes considerable vulnerability to the development of eating disorders, such as nervous anorexia and bulimia. These values are consistent with the findings of other studies, which used the same test, including medical

---

<sup>1</sup> Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba - PR.

<sup>2</sup> Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (AMBULIM), São Paulo – SP.

students. **Conclusion:** We conclude that there is a positive risk for the development of eating disorders in female medical students in the studied sample, because at this stage there is a great concern with appearance, size and body shape, which is superimposed on stress factors related to the medical course.

**Keywords:** Feeding and Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Medical Students.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en alumnas del curso de medicina de una Institución de Enseñanza Superior en Curitiba - PR. **Métodos:** Fueron muestreadas 106 estudiantes, predominantemente del ciclo básico (1° a 8° período), la mayoría viviendo con familiares, con rango de peso dentro de la normalidad y con interés en participar de un servicio de apoyo a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se utilizó el cuestionario Eating Attitude Test (EAT-26), llenado virtualmente a través de correos electrónicos conteniendo el link de la encuesta, enviado por la propia institución. **Resultados:** A partir del test EAT-26, el 26,4% de la muestra presentó cribado positivo (puntuación superior a 21), hecho que denota una considerable vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Estos valores concuerdan con los hallazgos de otros estudios, que utilizaron la misma prueba, incluso los de estudiantes de medicina. **Conclusión:** Se concluye que existe riesgo positivo para el desarrollo de trastornos alimentarios en las estudiantes de medicina de la muestra estudiada, porque en esta fase hay una gran preocupación con la apariencia, el tamaño y la forma del cuerpo, que se superpone a factores de estrés relacionados con el curso de Medicina.

**Palabras clave:** Trastornos de la alimentación y la ingesta de alimentos, Anorexia Nervosa, Bulimia Nerviosa, Estudiantes de Medicina.

---

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são doenças mentais incapacitantes, de alta letalidade e dispendiosos, causando considerável impacto na saúde física, psicológica e no funcionamento psicossocial, acadêmico, familiar e social (TREASURE J, et al., 2020). As pessoas que apresentam transtorno alimentar desenvolvem uma relação disfuncional com a comida e alimentação, além de preocupações excessivas com o tamanho, peso ou forma corporal. Estima-se que mais de 3,3 milhões de anos de vida saudável em todo o mundo são perdidas anualmente devido aos TA (HOEKEN DV e HOEK HW, 2020).

A classificação de TA do DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), define 6 categorias oficiais: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), Transtorno da Ruminação, Pica e Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo e dois complementares, incluídos nas categoria de transtornos alimentares não especificados (Transtorno da Purgação e Síndrome do Comer Noturno) (TREASURE J, et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a prevalência da AN seja de 0,5 a 1% entre a população de adolescentes e adultos jovens do sexo feminino em países desenvolvidos, enquanto a prevalência da BN varia entre 0,9% e 4,1%. O TCA é considerado mais comum na população geral, com prevalência pontual estimada de 0,6 a 3,6% (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021).

A AN é caracterizada pela restrição severa da ingestão alimentar que leva à perda ou não ganho de peso, resultando em peso corporal abaixo do esperado para a idade, sexo e altura, medo intenso de ganhar peso ou mantê-lo dentro da faixa de normalidade e distorção da imagem corporal (COSTA-VAL A, et al., 2019). Pode ser classificada como tipo restritivo ou purgativo (manifestada pela ocorrência de métodos compensatórios). As pacientes anoréxicas, manifestam os seguintes comportamentos: ocultação de alimentos; divisão das refeições em pequenas porções, preparação de alimentos de alto teor calórico para outrem, lentidão para fazer as refeições, evitam se alimentar na presença de terceiros, interesse por culinária e dieta e crenças disfuncionais sobre o consumo de alimentos (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021).

Trata-se da condição psiquiátrica de maior letalidade, onde cerca de 50% dos pacientes adultos referem ideação suicida e até 26% tentam suicídio. O suicídio é a principal causa de mortalidade atingindo 18% em estudos de seguimento a longo prazo. O diagnóstico precoce pode prevenir comportamentos suicidas e atenuar comorbidades psiquiátricas, otimizando prognóstico a longo prazo (MIGUEL EC, et al., 2021).

A BN é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, onde ocorre ingestão de uma quantidade de alimentos muito superior ao padrão considerado normal para a maioria dos indivíduos, sob circunstâncias e período similares. Um episódio de compulsão alimentar envolve a sensação de perda de controle quantitativo e qualitativo sobre a alimentação, comer mais rapidamente que o normal, num curto período (até 2 horas), muitas vezes na ausência da sensação física de fome, comer até se sentir desconfortavelmente repleto e comer secretamente devido à vergonha pelo descontrole (BARBOSA ALP, et al., 2021).

Um episódio de compulsão somente é interrompido quando se esgota o estoque de alimentos, por interrupção social ou devido ao desconforto devido à distensão gástrica e costuma ser seguido por sensação de angústia, fracasso, impotência, culpa e arrependimento (DE MATOS AP, et al., 2021). Paradoxalmente à incapacidade de resistir ao impulso de se alimentar, ocorre preocupação com o peso e forma corporais, levando à adoção de comportamentos compensatórios como os purgativos (vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes e diuréticos) e não purgativos (jejum e exercícios físicos excessivos). Para realização do diagnóstico de BN, episódios de compulsão seguidos de purgação devem ocorrer pelo menos uma vez por semana, por pelo menos três meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). As taxas de mortalidade para pacientes com BN são de até 2% (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021).

Van der Berg P, et al. (2002) esclarecem sobre o papel do modelo tripartite, ou seja, a influência da família, amigos e mídia no desenvolvimento dos TA, manifestados através de comportamentos restritivos e bulímicos. Em estudantes universitários, a suscetibilidade para o desenvolvimento de TA pode ser explicada pela transição da adolescência para a idade adulta, separação da família e amigos, maior independência e responsabilidade, falta de supervisão de um adulto, pressão acadêmica e desenvolvimento de novas redes sociais (TRINDADE AP, et al., 2019; DE MATOS AP, et al., 2021).

Os riscos de desenvolvimento de TA se situaram entre 10% e 37,6% (média de 21% de risco). Ainda, os riscos específicos para BN foram reportados entre 2,5 e 3,3% enquanto para NA entre 2,9 e 9,1%. Os fatores de relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento de TA nos universitários são pertencer ao sexo feminino (AZZOUZI N, et al., 2019; DE MATOS AP, et al., 2021; IYER S e SHIRAAM V, 2021; ALHAJ AO, et al., 2022), altos níveis de estresse (LUKÁCS A, et al., 2018; ALHAJ AO, et al., 2022), maiores índices de massa corpórea (ALBERTON VC, et al., 2013; MAZZAIA MC e SANTOS RMC, 2018; ALHAJ AO, et al., 2022) e idade inferior a 20 anos (ALBERTON VC, et al., 2013; MAZZAIA MC e SANTOS RMC, 2018).

Este estudo avaliou a prevalência de alterações no comportamento alimentar, ocorrência de estratégias inadequadas para controle de peso (restrição alimentar, uso de métodos compensatórios), valorização excessiva e disfuncional de questões relacionadas ao peso e forma corporais, que podem se relacionar ao aumento do risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, sobretudo AN e BN em estudantes do sexo feminino do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, em Curitiba – PR. O estudo se faz relevante considerando a vulnerabilidade de estudantes do curso de Medicina, bem como a lacuna de pesquisas sobre o assunto realizadas na cidade de Curitiba - PR, acreditando-se que o perfil comportamental em relação à alimentação também pode variar de acordo com o ambiente em que o sujeito está inserido.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva e transversal, com abordagem quantitativa, realizada em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada, localizada em Curitiba – PR, com 144 estudantes de graduação do sexo feminino (critérios de inclusão), devidamente matriculadas no curso de Medicina, sendo excluídas menores de 18 anos. A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de questionário individual via plataforma digital online Google Forms. A IES foi responsável pelo envio do convite para preenchimento dos

formulários de pesquisa nos e-mails institucionais de cada aluna. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado após o convite individual e o acesso ao questionário ocorreu somente após o aceite do TCLE.

Durante a pesquisa foram asseguradas a todas as participantes a confidencialidade e sigilo de suas respostas. As participantes foram informadas quanto à coleta obrigatória do e-mail para que fosse enviada uma cópia do TCLE para a exclusão dos dados da pesquisa, se assim desejassem. Também constou informação de que a pesquisa respeita integralmente os preceitos do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 de fevereiro de 2021, que trata sobre os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

Foi aplicado teste psicométrico EAT-26, proposto por Garner D, et al. (1982), traduzido e adaptado no Brasil por Bighetti F (2004), sendo utilizado para rastreamento do risco de desenvolvimento de AN e BN por meio de pontuações que variam de 0 a 78. Neste teste, os valores superiores a 21 pontos correspondem a um teste positivo, indicando a presença de padrões alimentares alterados, predizendo vulnerabilidade ao desenvolvimento de AN ou BN, sendo obrigatória a realização de entrevista clínica para confirmação diagnóstica (BIGHETTI F, 2004).

O instrumento utiliza uma escala do tipo Likert. O questionário foi validado considerando o Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). Neste estudo o que se deseja é verificar se os indicadores de qualidade do modelo são adequados considerando estes como satisfatórios para o modelo proposto com 1 dimensão (modelo 1) ou 3 dimensões (modelo 2): Dieta (D1), Bulimia (D2) e Controle Oral (D3). O modelo 1 foi considerado de alta confiabilidade ( $\alpha=0,853$ ). O modelo 2 resultou confiabilidade alta para as dimensões Dieta ( $\alpha=0,861$ ), Bulimia ( $\alpha=0,751$ ) e moderada para a dimensão Controle Oral ( $\alpha=0,685$ ), de acordo com a classificação de Freitas ALP e Rodrigues SG (2005). Para a análise do questionário EAT-26 foram coletadas 106 (24%) respostas de uma população de 441 estudantes do sexo feminino. Foram realizadas estatísticas descritivas e o teste t-Student. Segundo cálculo estatístico, o tamanho mínimo da amostra deve corresponder, no mínimo, ao triplo do número de perguntas do questionário, ou seja, 78 respondentes. Todas as análises foram realizadas no ambiente R Versão 4.0.2. (R Core Team).

O presente estudo tem como fundamentos os preceitos éticos conforme disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que versa sobre orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pequeno Príncipe (Parecer 5.502.051, CAEE 57869722.8.0000.5580).

## RESULTADOS

A análise descritiva foi composta por quantidades e percentuais para os 106 respondentes com as variáveis categóricas. Sobre o interesse em serviço de apoio: 70 respostas positivas (66%) e 36 respostas negativas (34%), quanto ao gênero 104 declararam mulher cisgênero, a faixa de idade igual ou abaixo de 22 anos representou 58 respondentes (55,8%) e faixa etária acima de 22 anos, 46 respostas (44,2%).

A categoria do período de estudo: 1º a 8º períodos teve 85 respondentes e 22 (20,8%) do internato; no status de moradia: 37 declararam residir sozinho (34,9%), 64 declararam residir com familiares (60,4%) e 5 revelaram morar com amigos (4,7%). O Índice de Massa Corporal (IMC) apresentou magreza em 8 respondentes ( $IMC < 18,5$ , 7,5%), sobrepeso em 22 respondentes ( $IMC \geq 25,0$ , 20,8%) e 76 respondentes com IMC normal (72,7%). Quanto a pontuação: 28 (26,4%) tiveram acima de 21 pontos (rastreamento positivo para TAs).

Em relação às perguntas do questionário, de modo geral, as respostas positivas (sempre, muitas vezes e frequentemente) com mais de 50% foram as questões Q19 (51% - demonstraram autocontrole diante dos alimentos); Q12 (54% - pensam em usar o exercício físico para queimar calorias); Q14 (55% - preocupam-se com a possibilidade de haver gordura em seus corpos); Q3 (62% - preocupam-se com os alimentos), Q11 (64% - desejam ser mais magras) e Q1 (65% - apavoram-se com a ideia de estar engordando). Observa-se

que entre essas questões com afirmação positiva, quatro pertencem a dimensão dieta (Q1, Q11, Q12 e Q14), uma questão nas dimensões Bulimia (Q3) e controle oral (Q19).

Foram calculadas as médias e desvio padrão para cada dimensão separado pela variável de estudo. As variáveis de estudo foram: Interesse\_svc\_apoio (interesse ao serviço de apoio), Faixa Etária, Status de moradia, categoria do período, IMC\_cat (IMC por categoria) e Faixa de pontuação de transtorno alimentar (TA). Houve diferença significativa entre os respondentes que concordaram em ter serviço de (Apoio\_Sim) e as que não concordaram (Apoio Não), para as dimensões bulimia ( $p < 0,05$ ) e dieta ( $p < 0,001$ ) (**Tabela 1**).

**Tabela 1** - Comparativo entre as dimensões para a variável interesse ao serviço de apoio.

Estudo	Apoio Sim	SD	Apoio Não	SD	Valor p
Bulimia	4,09	(1,72)	4,53	(1,61)	< 0,05
Controle Oral	4,47	(1,48)	4,49	(1,54)	0,86
Dieta	3,75	(1,69)	4,11	(1,69)	< 0,001

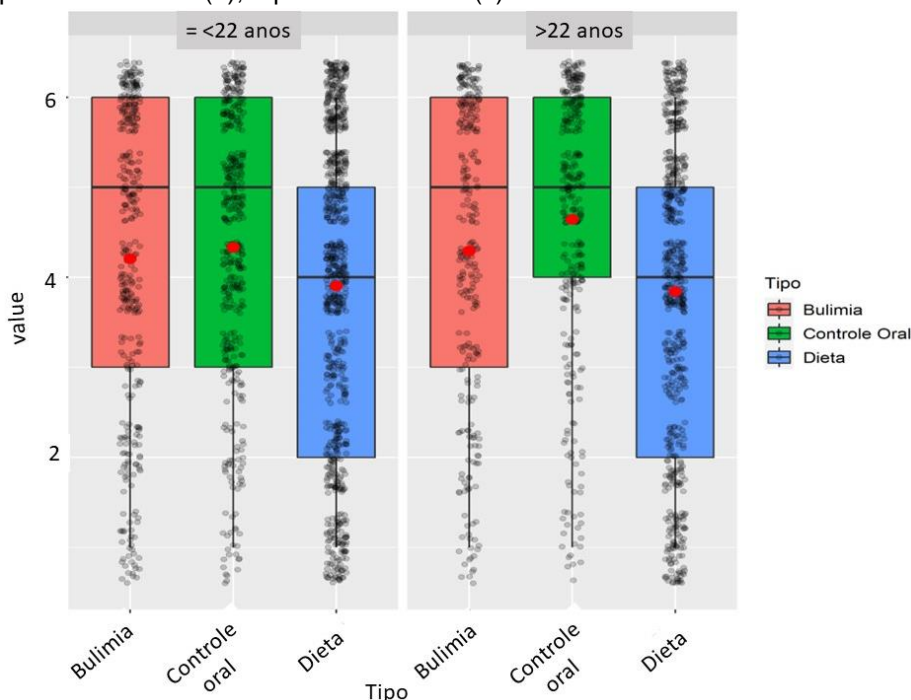
**Legenda:** Média das questões agrupadas entre os entrevistados: Interesse\_svc\_apoio.

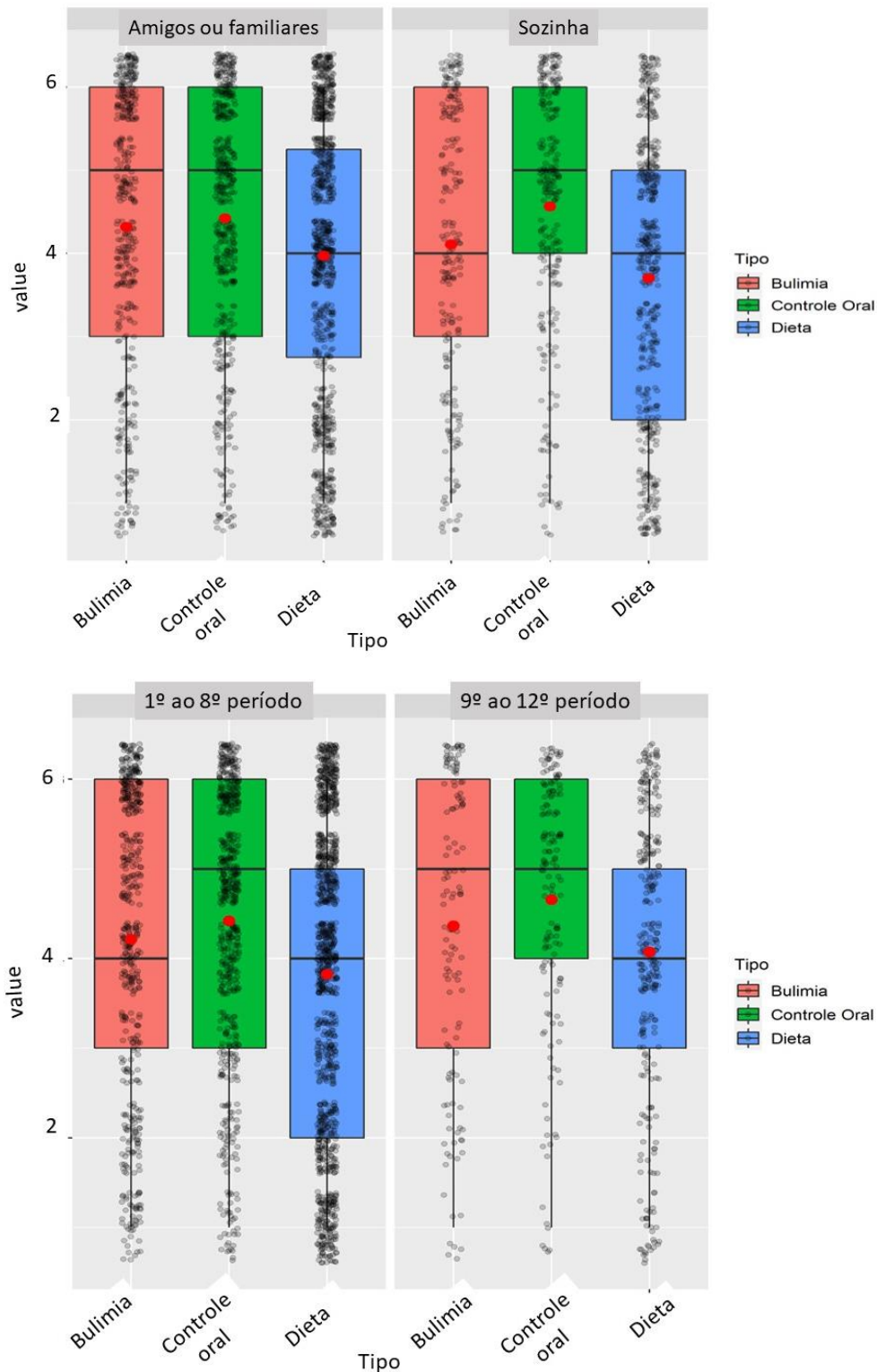
**Fonte:** Santos CA, et al., 2023.

Houve diferença significativa entre as respondentes com idade superior a 22 anos e abaixo ou igual a 22 anos para a dimensão controle oral ( $p < 0,05$ ). Foram agrupadas as respondentes que residiam com amigos com as que residiam com familiares. Houve diferença significativa entre as estudantes que residiam sozinhas e aquelas que moravam com familiares ou com amigos para a dimensão dieta ( $p < 0,05$ ). Já em relação ao período cursado, houve diferença significativa entre as respondentes que cursavam do 1º ao 8º período em relação àquelas que estavam do 9º ao 12º período para a dimensão dieta ( $p < 0,05$ ) (**Figura 1**).

Em relação ao IMC, os resultados foram verificados considerando a média das questões agrupadas entre os entrevistados. Houve diferença significativa em todas as dimensões entre as respondentes comparados o IMC tomados dois a dois (Normal x Magreza; Sobrepeso x Magreza e Sobrepeso x Normal) com  $p < 0,05$  e  $p < 0,001$  (**Tabela 2**). Quando agrupados os grupos de magreza com o sobrepeso, comparado ao grupo considerado normal, não houve diferença significativa entre as dimensões (**Tabela 3**).

**Figura 1** - Box plot para as respostas obtidas em respondentes das diferentes faixas etárias (a), residentes em diferentes tipos de moradias (b), e período cursado (c).





Fonte: Santos CA, et al., 2023.

Houve diferença significativa nas dimensões bulimia e dieta quando separada a pontuação em dois grupos (acima de 21 pontos) e igual ou abaixo de 21 pontos (**Tabela 3**). Houve diferença significativa na pontuação daqueles que apresentarem IMC baixo (Magreza) em relação àqueles que apresentaram IMC alto (Sobrepeso) (**Tabela 4**).

**Tabela 2 - Média das questões agrupadas entre os entrevistados: IMC\_cat.**

Estudo	Normal	SD	Magreza	SD	valor p
Bulimia	4,32	(1,66)	4,92	(1,33)	< 0,05
Controle Oral	4,46	(1,44)	3,34	(1,91)	< 0,001
Dieta	3,89	(1,68)	4,96	(1,11)	< 0,001
Sobrepeso		SD	Magreza	SD	valor p
Bulimia	3,74	(1,83)	4,92	(1,33)	< 0,001
Controle Oral	4,92	(1,30)	3,34	(1,91)	< 0,001
Dieta	3,44	(1,75)	4,96	(1,11)	< 0,001
Sobrepeso		SD	Normal	SD	valor p
Bulimia	3,74	(1,83)	4,32	(1,66)	< 0,05
Controle Oral	4,92	(1,30)	4,46	(1,44)	< 0,001
Dieta	3,44	(1,75)	3,89	(1,68)	< 0,001

Fonte: Santos CA, et al., 2023.

**Tabela 3 - Média das questões agrupadas entre os entrevistados: Pontos cat. (> 21 – TAs)**

Estudo	< 21 Pontos	SD	>21 Pontos	SD	p value
Bulimia	4.57	(1.45)	3.35	(1.97)	< 0.001
Controle Oral	4.52	(1.49)	4.32	(1.51)	0.11
Dieta	4.28	(1.48)	2.79	(1.76)	< 0.001

Fonte: Santos CA, et al., 2023.

**Tabela 4 - Média das questões agrupadas entre os entrevistados: IMC\_cat**

Estudo	Normal	SD	Magreza	SD	valor p
Pontuação	16,66	(11,13)	12,12	(6,98)	0,13
Sobrepeso		SD	Magreza	SD	valor p
Pontuação	19,77	(9,4)	12,12	(6,98)	< 0,05
Sobrepeso		SD	Normal	SD	valor p
Pontuação	19,77	(9,4)	16,66	(11,13)	0,2

Fonte: Santos CA, et al., 2023.

## DISCUSSÃO

Foi demonstrado que eventos estressantes da vida podem afetar a saúde mental dos estudantes, levando a sintomas de depressão e transtornos alimentares. Os estudantes dos cursos que relacionam a qualidade do profissional à imagem corporal foram os principais atingidos pela preocupação em manter o corpo de aspecto saudável, preferencialmente, esguio (SZWEDA S e THORNE P, 2002; CAMARGO ELB, 2008; PACHECO JP, et al., 2017).

Neste estudo, 26,4% das estudantes pontuaram acima de 21 no teste EAT-26, fato que prediz risco aumentado para desenvolvimento de transtornos alimentares, sobretudo AN e BN. Esta taxa está em conformidade com outros estudos realizados previamente, utilizando a mesma ferramenta de avaliação em estudantes universitários, variando de 11,5% a 37,6% e, especificamente, entre estudantes do curso de Medicina se apresentou entre 13% (ALBERTON VC, et al., 2013) e 32,8% (MAZZAIA MC e SANTOS RMC, 2018).

Uma meta-análise de estudantes universitários brasileiros com ponto de corte  $\geq 20$  como preditor de vulnerabilidade para transtornos alimentares encontrou 14,9% rastreios positivos (IC95% 12,8-17,2%), enquanto aqueles com um ponto de corte  $\geq 21$  encontraram 13,3% exibições positivas (IC95% 11,3-15,6%) (TRINDADE AP, et al., 2019). Estes resultados corroboram com a validade do questionário em que se observaram diferença significativa para transtornos alimentares nas dimensões Dieta e Bulimia comparando a população normal (pontuação  $\leq 21$ ) e a população com comportamento alimentares de risco ( $>21$  pontos).

A dimensão com mais questões com pontuação positiva acima de 50% foi Dieta, seguida das dimensões Bulimia e Controle Oral. O mesmo ocorre em relação à frequência de comportamentos alterados. Esses dados

são compatíveis com a literatura, que mostra, entre pessoas com alteração do comportamento alimentar, manifestações prevalentes de autoavaliação centrada no peso e forma corporais, desejo de emagrecer, com consequente tendência a restringir a alimentação e praticar exercícios físicos visando perda de peso (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021; SAHLAN RN, et al., 2020).

De forma menos frequente, observam-se episódios de descontrole alimentar seguido por comportamentos compensatórios para evitar o ganho de peso em função de tais libações (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021). Como manifestação menos prevalente, há comportamentos disfuncionais de redução demasiada da ingesta alimentar visando atingir a magreza extrema, fato que gera intensa preocupação em familiares e amigos, remetendo às expressões da AN (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021).

Com relação à dimensão Dieta, cerca de 37% das respondentes sente-se extremamente culpada depois de comer, 42% presta muita atenção à quantidade de calorias dos alimentos ingeridos, cerca de 54% das estudantes pensa em queimar calorias a mais quando se exercita, em torno de 55% das acadêmicas se preocupa com possibilidade de haver gordura em seus corpos, aproximadamente 64% das respondentes refere desejo de ser mais magra e 65% das estudantes relata ficar apavorada com a ideia de estar engordando. Esses dados corroboram a literatura que evidencia a influência dos fatores patoplásticos (ambientais) envolvidos nos transtornos alimentares, como o modelo tripartite, manifestado através da pressão pela magreza exercida pela mídia, colegas e familiares, que enaltecem padrões de magreza, muitas vezes, inalcançáveis como estereótipos de beleza da sociedade ocidental (CORDÁS TA e WEINBERG C, 2002; VAN DER BERG P, et al., 2002; APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021; IYER S e SHIRAAM V, 2021).

Para a dimensão Bulimia, cerca de 26% das estudantes sentem que os alimentos controlam suas vidas, cerca de 42% das estudantes referem que continuar a comer em exagero gera uma sensação de ser incapaz de parar, 48% das estudantes passam muito tempo pensando em comer e 62% das respondentes de preocupa com os alimentos. Esses achados são compatíveis com sintomas apresentados na literatura pelas pacientes com bulimia nervosa, como sensação de perda de controle sobre a quantidade e qualidade de alimentos ingerida nos episódios de compulsão alimentar, passar grande parte do tempo pensando em comida, mas de forma paradoxal, preocupar-se excessivamente com o peso e forma corporais (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021; BARBOSA ALP, et al., 2021). Assim, alimentação e controle de peso ocupam papel cardinal na vida das pacientes bulímicas.

Na dimensão Controle Oral, 17% sentem que as pessoas gostariam que comessem mais, 29% relatam demorar mais tempo que as outras pessoas para fazer suas refeições, 33% revelam cortar os alimentos em pequenos pedaços e 51% demonstram autocontrole diante dos alimentos. Esses dados são compatíveis com a literatura que descreve os sintomas apresentados pelas pacientes com AN que referem “pressão” de pessoas próximas para aumentar a ingesta alimentar notoriamente reduzida, além de comportamentos ritualísticos em relação ao ato de se alimentar: cortar os alimentos em pedaços diminutos, separá-los de acordo com a cor/textura/tamanho, distribuí-los pelo prato e apresentar de demasiada lentidão para concluir as refeições, chega a causar irritação e indignação nas pessoas que as acompanham nesses momentos (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021).

Observamos diferença significativa na dimensão Controle Oral, que predomina na faixa etária menor ou igual a 22 anos, compatível com os achados da literatura (ALBERTON VC, et al., 2013; MAZZAIA MC e SANTOS RMC, 2018) que mostram maior risco de desenvolvimento de transtornos alimentares que remetem a comportamentos anoréxicos em estudantes de graduação mais jovens. As respondentes que moram sozinhas apresentam mais frequentemente alterações na dimensão dieta, compatível com os dados da literatura (DERENNE JL, 2016; SAMUDRA M, 2021). Demonstram que a perda do suporte, apoio emocional e cuidados dos familiares, além da necessidade de assumir a responsabilidade pelo gerenciamento do lar, da alimentação e demais atribuições referentes a questões financeiras e sociais, estão relacionadas a maior vulnerabilidade e ao desenvolvimento de TA, que apresenta como manifestações prevalentes preocupação excessiva com o peso e forma corporais e adoção de medidas que visam perda de peso.



As estudantes que cursam do 1º ao 8º período apresentaram maior frequência de alterações na dimensão Dieta, conforme relatado na literatura (SZWEDA S e THORNE P, 2002; MAZZAIA MC e SANTOS RMC, 2018), usando dados do Leuven College Surveys (Bélgica), que mostra risco aumentado de TA nos períodos mais iniciais do curso (apresentando preocupações prevalentes com o peso e desejo de emagrecer), provavelmente devido ao maior estresse relacionado ao período de adaptação à nova realidade da vida universitária, familiarização com o ensino, além do estabelecimento de novos vínculos de amizade, mudança de cidade, separação de familiares e amigos.

Os respondentes com questionários compatíveis com vulnerabilidade a bulimia mais frequentemente têm IMC normal ou sobrepeso. As estudantes com maior frequência na dimensão dieta apresentam maior tendência a IMC normal ou sobrepeso, ao passo que respondentes que apresentaram maior frequência de alterações da dimensão CO mais frequentemente têm IMC de magreza. Os dados são compatíveis com a literatura (APPOLINÁRIO JC, et al., 2021; MIGUEL EC, et al., 2021) evidenciando que estratégias de controle e restrição alimentar extrema remetem ao emagrecimento comumente observado na AN, ao passo que indivíduos com tendência à Bulimia ou outros TA costumam apresentar peso normal ou acima da eutrofia.

Observamos diferenças em relação ao interesse em serviço de apoio a TA, sobretudo nos que apresentaram maior frequência de alterações para as dimensões bulimia e dieta. Trata-se de questionamento inédito em pesquisas dessa natureza, não sendo encontrados estudos a esse respeito nas plataformas Pubmed, Lilacs e Psycinfo. Uma possível explicação seria a possibilidade de as alterações do comportamento alimentar correspondentes a tais dimensões apresentarem caráter egodistônico, podendo causar níveis mais significativos de sofrimento.

Neste estudo alguns vieses devem ser apreciados conjuntamente aos achados estatísticos, dentre eles, principalmente, o de amostragem – não conseguimos respostas de maneira proporcional de todos os períodos do curso (predominância de estudantes no 1º ao 8º período: 79,2%), o que diminui a possibilidade de extrapolação de dados para a população estudada. Ressalta-se que essa pesquisa foi realizada numa única IES privada, fato que limita a projeção dos resultados apontados para populações maiores. Uma vez que o questionário foi aplicado de forma virtual, deve ser levado em consideração que durante o ato de responder, existe a possibilidade de respostas aleatórias por parte dos objetos de estudo, comportamentos inconsistentes com as respostas dadas (interesse em responder a pesquisa de forma equivocada) ou maior tendência a transtornos alimentares dentre as respondentes que aceitaram realizar a pesquisa.

Este é um dos poucos estudos que avaliam o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de medicina do sexo feminino no Brasil, e, provavelmente, o primeiro no Estado do Paraná. Também, destaca-se a relevante taxa de respostas entre a população estudada, quase 25% das estudantes de Medicina responderam à pesquisa.

## CONCLUSÃO

As estudantes da amostra apresentam elevados níveis de preocupação com o fato de estar gorda ou ganhando peso, desejam emagrecer, e para tanto procuram controlar seus padrões alimentares e realizam exercícios físicos com essa finalidade específica de perda de peso. Demonstramos risco positivo para desenvolvimentos de transtornos alimentares entre as estudantes de Medicina e maior vulnerabilidade para desenvolvimento de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa.

## REFERÊNCIAS

1. ALBERTON VC, et al. Abnormal eating behaviors among medical students at a university in southern Santa Catarina, Brazil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(1): 15-20.
2. ALHAJ OA, et al. The prevalence and risk factors of screen-based disordered eating among university students: a global systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eat Weight Disorders*. 2022; 27(8): 3215-3243.

3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed. 2013; 5: 1152p.
4. APPOLINÁRIO JC, et al. Transtornos alimentares: diagnóstico e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2021; 392p.
5. AZZOUZI N, et al. Eating disorders among Moroccan medical students: cognition and behavior. *Psychology Research Behavior Management*. 2019; 12: 129-135.
6. BARBOSA ALP, et al. Anorexia e bulimia nervosa no contexto hospitalar. *Revista em Saúde*. 2021; 2(1): 1-10.
7. BIGHETTI F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP. *Journal of Brazilian Psiquiatria*. 2004; 53(6): 339-346.
8. CAMARGO ELB. Prevalência e fatores associados a comportamentos sugestivos de transtornos alimentares entre estudantes de medicina, enfermagem e nutrição. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2008; 121 p.
9. CORDÁS TA, WEINBERG C. Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Editora Annablume. 2006; 112p.
10. COSTA-VAL A, et al. Sobre anorexias e bulimias: concepções e suposições etiológicas na perspectiva dos profissionais de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e170293.
11. DE MATOS AP, et al. Prevalence of disordered eating behaviors and associated factors in Brazilian university students. *Nutrition and Health*. 2021; 27(2): 231-241.
12. DERENNE JL. Eating-disordered behavior in college students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 55(10): S69.
13. FREITAS ALP, RODRIGUES SG. Avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. XII Simpósio de Engenharia de Produção - SIMPEP, Bauru. 2005; 12p.
14. GARNER D, et al. La prueba de actitudes alimentarias: características psicométricas y correlatos clínicos. *Psicologia Medica*. 1982; 12(4): 871-878.
15. HOEKEN DV, HOEK HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Health Current Opinion in Psychiatry*. 2020; 33(6): 521-27.
16. IYER S, SHIRAAM V. Prevalence of eating disorders and its associated risk factors in students of a medical college hospital in South India. *The Cureus Journal of Medical Science*. 2021; 13(1): e12926.
17. LUKÁCS A, et al. Risk of eating disorders in university students: an international study in Hungary, Poland and Ukraine. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2018; 33(6): 415-20.
18. MAZZAIA MC, SANTOS RMC. Fatores de risco para transtornos alimentares em graduandos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2018; 31: 456-462.
19. MIGUEL EC et al. Clínica psiquiátrica: as grandes síndromes psiquiátricas. Barueri: Editora Manole. 2021; 2(2): 1808p.
20. NUNES MA, et al. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2005; 38(11): 1655-1662.
21. PACHECO JP, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2017, 39(4): 369-378.
22. SAHLAN RN, et al. Eating-disordered behavior among male and female college students in Iran. *Eating Behaviors*. 2020, 37: 101378.
23. SAMUDRA M, et al. Association of childhood psychological trauma with eating disorders in undergraduate medical students. *Industrial Psychiatry Journal*. 2021; 30: S120-S126.
24. SZWEDA S, THORNE P. The prevalence of eating disorders in female health care students. *Occupational Medicine*. 2002, 52(1):113-119.
25. TREASURE J, et al. Eating disorders. *The Lancet*. 2020; 395: 899-911.
26. TRINDADE AP, et al. Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2019; 41(2): 179-187.
27. VAN DER BERG P, et al. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53(5): 1007-1020.