

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO EATING ATTITUDES TEST
(EAT-26) EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA
CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - SP

Felícia Bighetti

Ribeirão Preto

- 2003 -

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

***TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO EATING ATTITUDES TEST
(EAT-26) EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA
CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - SP***

Felícia Bighetti

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre no programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Assistência à Criança e ao Adolescente.

Ribeirão Preto

- 2003 -

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

***TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO EATING ATTITUDES TEST
(EAT-26) EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA
CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO - SP***

Felícia Bighetti

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre no programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, inserida na linha de pesquisa Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Ribeirão Preto

- 2003 -

FICHA CATALOGRÁFICA

Bighetti, Felícia

Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2003.

101 p. : il. ; 29,7 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Ribeiro, Rosane Pilot Pessa.

1. Anorexia nervosa.
2. Bulimia nervosa.
3. Validação.
4. Eating Attitudes Test.

Data da Defesa: ___ / ___ / ___.

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Profa. Dra. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Profa. Dra. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

*“Contemplar a si mesmo no espelho,
mergulhar em seu sigilo interior,
explorar seu potencial infinito e
surpreender-se,
ao descobrir que a maior de todas as crises
é aquela gerada, criada e alimentada
pelo próprio homem.*

*O antídoto para esta crise, porém,
consiste em conhecer o próprio Criador,
enriquecer conhecimentos,
somar experiências,
ousar, avançar, crescer, vencer e
continuar crescendo,
sabendo que o homem é sempre capaz
de seguir avante, desafiando seus próprios limites
e superando a si mesmo.”*

(Carlos Wizard Martins)

DEDICO ESTE TRABALHO

A DEUS por estar sempre presente em minha vida, iluminando-me e dando-me forças para acreditar em minha capacidade e em meus ideais

Aos meus pais, Sandra e Pedro (Lelo), por sempre estarem ao meu lado, incentivando-me e acreditando em mim, pelo carinho e amizade

Aos meus queridos irmãos, Letícia, Pedro e Paulo, pelo carinho, compreensão e ajuda

A minha orientadora Rosane pela dedicação, paciência e amor em ensinar e também pelo estímulo, amizade e carinho! Obrigada por acreditar em minha capacidade e estar ao meu lado em todos os momentos!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- * *Ao Departamento Materno Infantil e Saúde Pública – MISP:
Adriana Amaro, Olânia M. S. R. Santos, Augusto B. Leoni*
- * *À Seção de Pós-Graduação: Marta R. De Carvalho, Sandra M. C. Galeani, Ketheleen C. F. Sampaio, Carla Ap. Arantes*
- * *Às grandes profissionais Maria Cristina Manduca Ferreira e Milena Célere bibliotecárias da Biblioteca Central – USP – Ribeirão Preto, pela compreensão, paciência e atenção*
- * *Às minhas amigas Cíntia, Cybelle, Fabiana, Luciana, Jamile, Milena, que compartilharam comigo momentos de muita aprendizagem e alegria durante o percurso das aulas na pós-graduação*
- * *Ao amigo Alex pela consideração, paciência e dedicação em elaborar a estética deste trabalho*
- * *Ao amigo Prof. Dr. José Ernesto do Santos pelo muito que me ensinou e me ensina e pelas oportunidades que me proporcionou*
- * *À minha grande amiga Maria do Rosário pela compreensão e companheirismo*
- * *À minha amiga e companheira de trabalho, pela amizade e ajuda
Juliana Maria Schieri Faccioli*

- * *Àos amigos Ódan e Tiago do Ceaps do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, pela amizade*
- * *À Cláudia B. dos Santos pela grande contribuição no feito deste trabalho e à Elza Ubeda pelas importantes sugestões feitas para essa dissertação*
- * *À Delegacia de Ensino de Ribeirão Preto pela colaboração e desenvolvimento desta pesquisa*
- * *À Mariela, minha professora de inglês pela preciosa ajuda e ensinamento*
- * *Às escolas que participaram carinhosamente deste estudo – diretoras, alunas, enfermeiras e à professora Lana pela grande ajuda oferecida*
- * *À todos que acreditaram na relevância deste estudo, para o aperfeiçoamento e melhora na qualidade deste feito.*

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

ABREVIACÕES

LISTA DE ANEXOS

RESUMO

SUMMARY

RESUMÉN

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Distúrbios da Conduta Alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosas.....	2
* Histórico.....	2
* Definição e Quadro Clínico.....	6
* Etiologia e Incidência.....	7
* Critérios Diagnósticos.....	12
* Tratamento e Prognóstico.....	13
1.2 <i>Eating Attitudes Test</i>	21
1.3 Validação de Escalas Psicométricas.....	26
2. OBJETIVOS	33
3. METODOLOGIA	35
3.1 Amostra.....	36
3.2 Procedimento.....	36
3.2.1 Tradução do EAT-26.....	36
3.2.2 Estudo Piloto.....	37
3.2.3 Aplicação do EAT-26.....	37
3.3 Análise de Dados.....	39
3.4 Questões Éticas.....	40

4. RESULTADOS	41
4.1 Tradução do EAT-26.....	42
4.2 Estudo Piloto.....	44
4.3 Aplicação do EAT-26.....	45
4.4 Dados antropométricos e socioeconômicos das adolescentes avaliadas. 46	
4.4.1 Idade.....	46
4.4.2 Índice de Massa Corporal (IMC).....	47
4.4.3 Nível socioeconômico.....	48
4.5. Validação do EAT-26.....	52
4.5.1 Contagem total do EAT-26.....	52
5. DISCUSSÃO	59
6. CONCLUSÕES	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
9. ANEXOS	93

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1: Número de alunas matriculadas nas 02 escolas da rede privada que aceitaram participar do estudo-----</i>	<i>45</i>
<i>Tabela 2: Amostra – Sorteio proporcional ao número de alunas de cada escola-----</i>	<i>46</i>
<i>Tabela 3: Cargas fatoriais dos 26 itens do EAT em 3 fatores-----</i>	<i>53</i>

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Idade (anos) das 365 adolescentes que participaram do estudo----- 47*
- Gráfico 2: Classificação do estado nutricional segundo os percentis do IMC das 365 adolescentes avaliadas----- 48*
- Gráfico 3: Distribuição da renda familiar (salários mínimos) das 253 famílias das adolescentes estudadas----- 49*
- Gráfico 4: Distribuição socioeconômica dos bairros da cidade de Ribeirão Preto e a localização das escolas (A e B) que fizeram parte desse estudo----- 51*

ABREVIACOES

AN – *Anorexia Nervosa*

BN – *Bulimia Nervosa*

IMC – *Índice de Massa Corporal*

SM – *Salários Mínimos*

EAT – *Eating Attitudes Test*

APA – *American Psychiatric Association*

LISTA DE ANEXOS

<i>Anexo A: Eating Attitudes Test (EAT-26) – Versão Original</i> -----	94
<i>Anexo B: Carta aos pais solicitando a participação de suas filhas neste estudo</i> -----	95
<i>Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i> -----	96
<i>Anexo D: Questionário aplicado aos pais para obter informações da renda familiar</i> -----	97
<i>Anexo E: Aprovação do Comitê de Ética</i> -----	
<i>Anexo F: Eating Attitudes Test (EAT-26) - Retrotradução</i> -----	98
<i>Anexo G: Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) - Versão em Português</i> -----	99
<i>Anexo H: Carta enviada para as escolas para a permissão das mesmas na participação deste estudo</i> -----	100

RESUMO:

BIGHETTI, F. Tradução e validação do *Eating Attitudes Test (EAT-26)* em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP. 2003. 101 p.
Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.

Os distúrbios da conduta alimentar, entre eles, a anorexia e bulimia nervosas, são síndromes psicossomáticas consideradas graves e de prognóstico ruim, caracterizadas pelo medo mórbido de engordar, levando à redução voluntária da ingestão alimentar com perda progressiva de peso, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos. Desta forma, é de suma importância que o diagnóstico dessas doenças seja realizado precocemente, sendo que um dos instrumentos que auxiliam na triagem de possíveis doentes é o *Eating Attitudes Test (EAT-26)*. O objetivo dessa pesquisa foi traduzir e validar o EAT-26 para a língua portuguesa em adolescentes do sexo feminino de nível sócio-econômico alto e, para tanto, o teste foi aplicado em 365 estudantes com idade entre 12 e 18 anos de duas escolas particulares de Ribeirão Preto-SP onde essas doenças ocorrem com maior incidência.

Para desenvolver esta investigação, foram utilizados o referencial metodológico da tradução e retro-tradução do instrumento e métodos de análise estatística para avaliar a consistência interna dos itens do teste, isto é, a intensidade da concordância entre as

versões traduzidas e sua confiabilidade. Além disso, caracterizou-se a amostra sob o ponto de vista nutricional e socioeconômico. Como resultados, a idade média das meninas foi de 14,2 anos com desvio-padrão de 1,7 anos e a maioria (81,7%) se mostrou eutrófica pelo índice de massa corporal. A avaliação socioeconômica revelou que praticamente todas as adolescentes recebem desconto na mensalidade escolar, moram em bairros de estrato socioeconômico médio-baixo e médio-alto, cujas famílias têm renda mensal entre 5 e 10 salários mínimos (28,8%) e 10 e 15 salários mínimos (7,5%).

A contagem total média do EAT-26 foi de 19,8 pontos. A validação e confiabilidade de consistência interna do teste, representadas pelo alfa de Crombach 0,80, foram consideradas estatisticamente bastante satisfatórias por este valor estar próximo de 1,00. Concluímos assim, que o EAT-26 encontra-se em ótimas condições para ser aplicado em adolescentes, auxiliando no pré-diagnóstico de possíveis casos de transtornos alimentares. Além disso, políticas públicas devem reconhecer e valorizar a elaboração de programas informativos para adolescentes e outros grupos de risco para conhecimento mais amplo desses quadros, possibilitando a precocidade do tratamento e favorecendo o seu prognóstico.

PALAVRAS – CHAVE: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Validação, Eating Attitudes Test

ABSTRACT:

BIGHETTI, F. Translation and validation of the Eating Attitude Test (EAT – 26) in female adolescents in Ribeirão Preto city - SP. 2003. 101 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The disturbances of eating conduct, among them, anorexia and nervous bulimia, are psychosomatal syndrome considered serious and of a bad prognostic, characterized by the morbid fear of getting fat, taking to a volunteer reduction of the food ingestion with a losing of weight, solid food ingestion followed by vomit and abusive use of laxatives and/or diuretics. This way, it is very important to obtain the diagnostic for these diseases precociously, and one of the instruments that helps the triagem of possible sick people is the Eating Attitude Test (EAT-26). The objective of this research was translating EAT-26 into Portuguese and validating it in female adolescents and so, the test was applied in 365 students from two private schools from Ribeirão Preto, ages between 12 and 18, the ages where these diseases most frequently occur. To develop this investigation, the metodological referencial of translation and retro-translation of the instrument were used, and statistical analysis method, to evaluate the internal consistence of the items of the test, this is, the intensity of the concordance between the translated versions and their confiability. Besides that, the sample was characterized under the nutritional and socioeconomical point of view. As results, the girls' average age was 14,2 years old and most of them

looked eutrofic by the body mass index. The socioeconomical evaluation revealed that practically all the adolescents receive a discount in their school payment, they live in neighborhoods of middle-low and middle-high socioeconomical standard of living, whose families have a month income between 5 and 15 minimum wages. The total average count of EAT-26 was 19,8 points. The validation and confiability of internal consistence of the test, represented by alfa of 0,80, were considered statistically satisfactory, because this value is next to 1,00. We can conclude that, the EAT-26 is in great conditions for being applied in adolescents helping the pre-diagnostic of possible cases of these diseases. Besides that, public policies must recognize and value the elaboration of informative programs for adolescents and other risk groups so that they can have more knowledge about these diseases, allowing the precocity of the treatment and favoring its prognostic.

KEY – WORDS: Nervous Anorexia, Nervous Bulimia, Validation, Eating Attitudes Test.

RESUMEN:

BIGHETTI, F. Traducción y validación del Eating Attitudes Test (EAT-26) en adolescentes del sexo femenino en la ciudad de Ribeirão Preto - SP. 2003. 101 p.

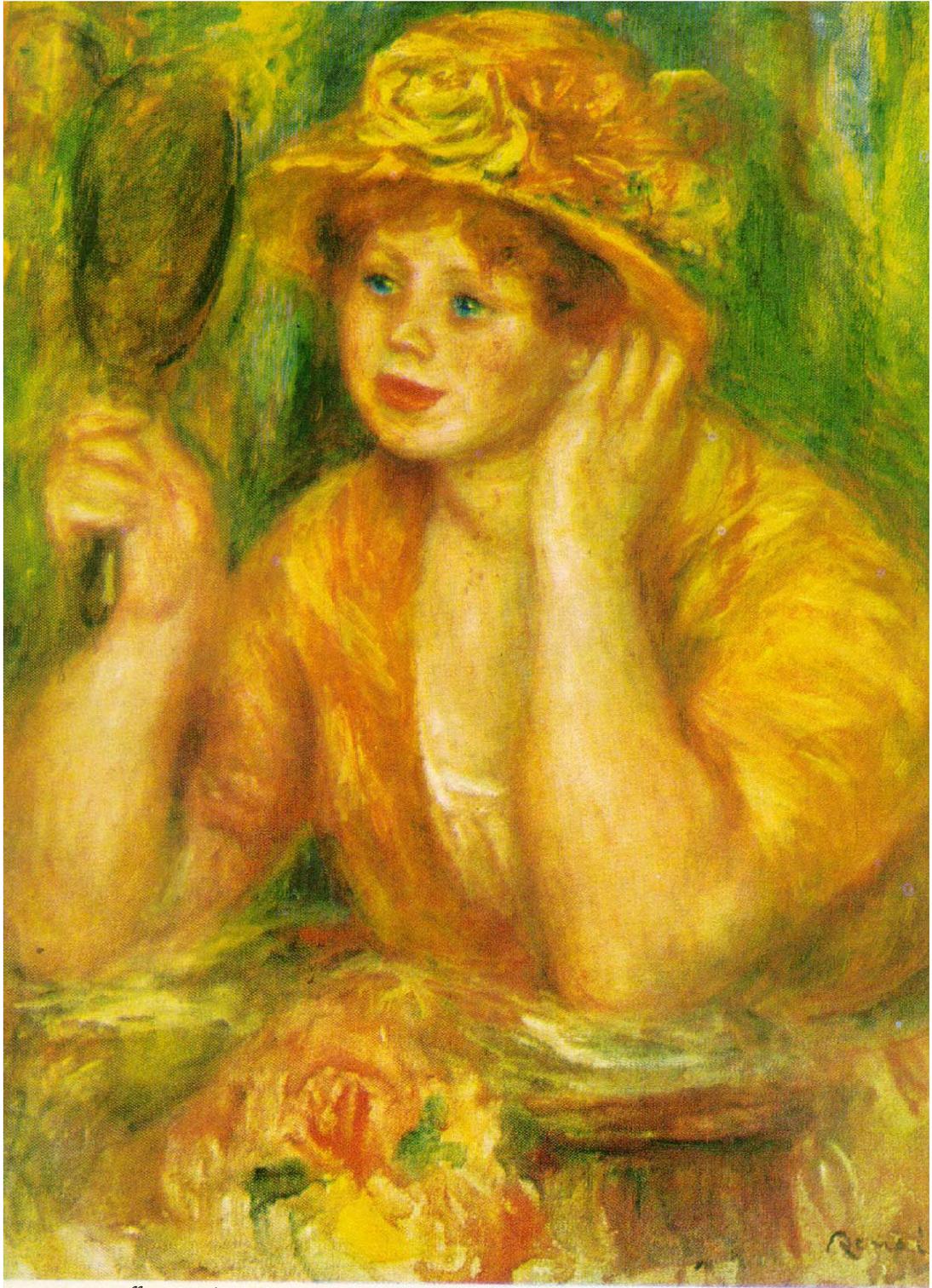
Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Los disturbios de conducta alimentaria como por ejemplo la anorexia y la bulimia nerviosas, son síndromes psicossomáticas consideradas graves y de malo pronóstico, caracterizadas por el miedo mórbido de engordar, que causa la reducción voluntaria de la ingestión alimentaria acompañada de pérdida progresiva de peso, grande ingestión de alimentos seguida de vómitos y utilización de laxativos y diuréticos. De esa manera, es demasiado importante que el diagnóstico de esas enfermedades se haga temprano. Uno de los instrumentos que pueden ayudar en la tría de posibles enfermos es el *Eating Attitudes Test (EAT – 26)*. El objetivo de esa investigación fue traducir a la lengua portuguesa y validar el EAT-26 en adolescentes del sexo femenino. Así, el teste fue aplicado en 365 estudiantes de dos escuelas privadas de Ribeirão Preto, con edad variable en 12 y 18 años, periodo en que esas enfermedades ocurren con más frecuencia. Para desarrollar esa investigación fue utilizado el referencial metodológico de la traducción y retro-traducción del instrumento y de los métodos de análise estadística para evaluar a la consistencia interna de los itens del teste, o sea, la intensidad de la conformidad de las versiones traducidas y su

seguridad. Además de eso, caracterizóse la muestra bajo una mirada nutricional y socioeconómica. Como resultados, la edad media de las niñas fue de 14,2 años y la mayoría mostróse eutrófica por el índice de masa corporal. La evaluación socioeconómica reveló que casi todas las adolescentes reciben un abatimiento en la mensualidad de la escuela, viven en barrios de estrato socioeconómico medio/bajo y medio/alto, cuyas familias llegan a obtener un promedio mensual de 5 a 15 sueldos.. El cómputo medio total do EAT-26 fue de 19,8 puntos. La validación y seguridad interna del teste, representáse por el alfa de 0,80, fueron consideradas estadísticamente bastante satisfactorias, por ese valor acercarse de 1,00. Entonces, concluimos que el EAT-26 encuentráse en buenísimas condiciones para ser aplicado en adolescentes ayudando en el pre-diagnóstico de posibles casos de eses transtornos. Sin embargo, políticas públicas deben reconocer y valorar la elaboración de programas informativos para adolescentes y otros grupos de riezos para que tengan conocimiento más amplio de eses transtornos, posibilitando la precocidad del tratamiento y favoreciendo el pronóstico.

Palavras-chave: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Validación, *Eating Attitudes*

Test.



Garota com espelho – Renoir

INTRODUÇÃO

1.1 Os distúrbios da conduta alimentar: Anorexia e Bulimia Nervosas

**** Histórico***

Os distúrbios da conduta alimentar, entre eles a anorexia (AN) e bulimia nervosas (BN), são síndromes psicossomáticas que afetam principalmente jovens do sexo feminino na idade entre 12 e 18 anos, apresentando elevada prevalência não só nos países desenvolvidos, onde subsistem as características econômicas e socioculturais para seu desencadeamento, como também nos países de terceiro mundo (LUCAS et al., 1991; OYEWUMI; KAZARIAN, 1992; HOEK, 1993).

O termo *anorexia* deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (ausência, privação). Anorexia nervosa, que significa perda de apetite de origem nervosa, não é a expressão mais adequada, considerando que, pelo menos no início do quadro, há negação da fome propriamente dita. Apesar de ter sido descrita inicialmente por Morton apud Silverman (1992), a descrição de casos no presente nos leva a pensar se essa síndrome é uma doença nova, produto das pressões sociais atuais, ou se configura uma forma mais profunda da auto-depressão adotada por indivíduos de outras épocas e culturas, uma vez que a prática de jejuar já existia há séculos.

Entre os séculos V e XIII, o jejum voluntário ou inanição auto-imposta, podia ser interpretado como possessão demoníaca ou milagre divino. Um dos mais antigos relatos é o de Santa Wilgefortis, nos anos 700-900 D.C. Essa princesa, filha de um rei de Portugal, teria feito voto de castidade e prometera servir a Deus quando seu pai lhe prometera em casamento para um rei da Sicília. Sabendo disso, desejou a privação de sua beleza para perder seus atrativos femininos, praticando inanição auto-imposta, fazendo com que seu pretendente desistisse do casamento. Ela tornou-

se, assim, santa padroeira das mulheres que almejavam se livrar do assédio dos homens e do controle de outras pessoas.

Outro caso foi o da Santa Catarina de Siena, filha favorita de sua mãe e de uma irmã mais velha que falecera quando Catarina tinha 15 anos. A partir disso, passou a comer pouco e rezar muito. Seus pais, preocupados com a situação, pensaram em procurar-lhe um marido, mas a reação de Catarina foi de intensificação do ascetismo e religiosidade: cortou os cabelos, passava longos períodos meditando e secretamente se auto flagelava. Com o tempo, comia apenas um punhado de ervas e, ocasionalmente, colocava galhos na garganta para vomitar quando lhe forçavam a alimentação. Alegava sentir-se mais forte com o jejum e mais perto de Deus, vindo a falecer de desnutrição aos 32 anos (NUNES et al., 1998).

Liles; Woods (1999) relatam que há uma notável e rápida semelhança entre o aspecto sociocultural milenar e medieval da mulher e as anoréxicas modernas. Embora a presença da auto destruição tenha se modificado com o passar dos séculos, a síndrome pode ainda ser identificada por prosperar durante eras em sociedades (principalmente femininas) pela carência de atenção, controle, respeito e/ou poder econômico, que possui uma aceitação expressiva da sociedade existente. Esse contexto aumenta a incidência de AN juntamente com a cultura específica e sucessos econômicos que favorecem a tenuidade.

Para Bell (1985), a “anorexia sagrada”, de caráter religioso, é psicologicamente análoga à “anorexia moderna”, pois há em ambas um conflito de identidade e uma tentativa de libertação feminina de uma sociedade patriarcal. Outros autores (HABERMAS, 1989; BEUMONT, 1991; SIVERMAN, 1992) discordam dessa analogia, considerando que os relatos religiosos na Idade Média têm

valor questionável em termos de descrições médicas. Justificam que, naquela época, o comportamento alimentar era apenas um aspecto de uma variedade de práticas religiosas que expressavam devoção. Para Habermas (1989), o aspecto principal ausente na “anorexia sagrada” é o critério diagnóstico central: o medo mórbido de engordar.

No período de 1900-1940, o tratamento da AN baseou-se em dois modelos bastante distintos e isolados para pesquisa e prática: o biológico e o psicanalítico. O modelo biológico tinha como princípio a correção das alterações de glândulas como a pituitária, descrita em 1914 por Simmonds, patologista alemão, que realizou autópsia em uma jovem caquética. Este fato provocou confusão no diagnóstico da AN e da Doença de Simmonds. Entretanto, estudos desenvolvidos durante a Segunda Guerra Mundial demonstraram que pessoas em desnutrição involuntária apresentavam alterações endócrinas semelhantes às observadas por Simmonds, desfazendo a referida correlação. Finalmente, em 1949, Sheehan e Summer apud Beumont (1991) comprovaram que a AN era distinta da insuficiência pituitária, tanto nos aspectos físicos como nas manifestações comportamentais.

Já a teoria psicanalítica defendida por Freud se baseava no fato de que a paciente anoréxica sentia aversão a alimentos em uma representação simbólica dos impulsos sexuais, transformando, assim, os conflitos emocionais em sintomas físicos. Esses e outros enfoques semelhantes foram sendo absorvidos, a partir da década de 60, por abordagens mais amplas, de natureza biopsicossocial (BEUMONT, 1991; NUNES et al., 1998).

No contexto sociocultural, o culto à magreza transmite a mensagem de que o corpo magro e esbelto estaria associado diretamente à imagem de poder, autonomia e sucesso.

Percebe-se, assim, a mudança de interpretação de gordura corporal nas mulheres, antigamente associada à sexualidade feminina, fartura e riqueza. No contexto atual, desenvolveu-se a conceituação de AN como uma condição que identifica a negação da sexualidade feminina e o desejo da gravidez. Entre esses aspectos socioculturais, destaca-se a figura ideal da mulher, antigamente representada pela Vênus de Milo e quadros de nus do século XVI ao início do século XX, e atualmente ditada por atrizes com aparência pré-puberal (MONTEIRO; SANTOS; PESSA, 1990).

Segundo Guerreiro; Barjau; Chinchilla (2001), é grande o impacto que os meios de comunicação (principalmente TVs) provocam e mantêm no aumento da incidência de transtornos alimentares, sendo um reforço positivo para a população geral o modelo de beleza cultuando a magreza e aumentando a demanda em generalizar essas práticas.

Para Russel (1979) apud Nunes et al. (1998), baseado no aumento da incidência da AN a partir de 1950 e pela mudança na forma da doença exemplificada pelo aparecimento da BN, houve uma mudança na psicopatologia da AN entre 1870 e 1960. Parece que a AN existiu historicamente sem o aspecto central do medo mórbido de engordar e que as descrições clássicas de Gull e Lasègue, nas quais esse aspecto não é observado, contém a essência da doença.

A bulimia como sintoma da AN é conhecida há séculos, mas o reconhecimento como síndrome distinta apareceu por volta de 1940 (CASPER,

1983). O termo bulimia deriva de *bou* (grande quantidade de) ou de *boul* (boi) e *limos* (fome), designando “fome raivosa” ou “fome de comer um boi”. Os primeiros relatos de comportamento bulímico datam de 1874, referindo-se a uma paciente anoréxica descritas por Gull (LASÉGUE, 1873; RUSSEL, 1979; NUNES et al., 1998).

Casper (1983) discute a questão considerando os fatores que poderiam ter influenciado o desenvolvimento dessa nova condição. Ao constatar a ausência de BN antes da década de 40, o autor levanta a hipótese de que as mudanças econômicas e culturais, como o aumento da prosperidade após os anos de repressão, possam ter desencadeado um aumento da preocupação em relação ao peso corporal, levando mulheres de diferentes perfis psicológicos a fazerem dieta. Essa situação expôs mais mulheres ao risco de desenvolverem AN e aquelas com uma vulnerabilidade particular, por exemplo, tendência a instabilidade afetiva, ao risco de desenvolverem bulimia (STEINHAUSEN; GLANVILLE, 1983).

****Definição e Quadro Clínico:***

A AN é uma síndrome psicossomática que se caracteriza pelo medo mórbido de engordar, levando à redução voluntária e drástica da ingestão alimentar com perda progressiva e desejada de peso, caquexia, inanição e, não raro, à morte, tendo como manifestações físicas: amenorréia, hiperatividade, bulimia, bradicardia, vômitos e lanugo (NUNES; ABUCHAIM, 1995; NUNES et al., 1998).

Compreende-se também, numa perspectiva mais ampla, a perversa associação de expressivas alterações somáticas, como acentuada perda ponderal e amenorréia, com uma série de desconcertante de distúrbios psicológicos como ansiedade,

depressão, fobias, compulsões, preocupação obsessiva e atitudes excêntricas em relação aos alimentos e à função de comer, percepção distorcida da imagem e sensações corporais como fome, fadiga e tamanho do corpo, além de um precário sentido de autonomia e deficiência pessoal (CRISP; PALMER; KALUCY, 1976; MONTEIRO; SANTOS; PESSA, 1990).

Já a BN compreende surtos de ingestão maciça e compulsiva de alimentos, seguidos de vômitos e abuso de laxantes e/ou diuréticos. As manifestações físicas da BN são quase sempre devidas aos surtos de ingestão maciça e compulsiva de alimentos, à repetição constante dos vômitos autoprovocados e ao uso abusivo de diuréticos e/ou laxativos. Vários distúrbios gastrintestinais, alguns deles sérios e, mesmo, potencialmente fatais, são descritos na literatura como dilatação gástrica aguda, inclusive com a possibilidade de ruptura, hipertrofia de parótidas, desgaste do esmalte dentário, esofagite, ruptura esofagiana, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do cólon irritável (RIBEIRO; SANTOS, P.; SANTOS, J., 1998).

Segundo a *American Psychiatric Association*, as manifestações psicológicas apresentadas por pacientes com bulimia não são tão diferentes da AN, apresentando também sentimentos depressivos e pensamentos autodepreciativos após o “*binge-eating*”(episódios de ingestão compulsiva de alimentos) (CRISP; PALMER e KALUCY, 1976).

****Etiologia e Incidência:***

A etiopatogenia da AN inclui um conjunto de fatores de ordem biológica, psicológica, familiar e sociocultural. Admite-se que a AN ocorra, com grande frequência, em famílias de alto nível social, que apresentam padrões inadequados ou

destrutivos de relacionamento interpessoal, caracterizados por uma aparente harmonia mas poderosos conflitos subjacentes (SIMMONDS, 1914; BRUCH, 1962).

Quanto aos aspectos biológicos, a literatura médica tem reportado que o metabolismo de certos hormônios, neuromoduladores e neurotransmissores se mostra alterado de forma diferenciada. Existem algumas anormalidades na neuroquímica cerebral que parecem estar mais relacionadas com a fisiopatologia de cada tipo de transtorno alimentar. Estas alterações têm gerado importantes linhas de pesquisa na área da fisiopatologia dos transtornos alimentares e podem auxiliar a nossa compreensão futura sobre essas patologias (NUNES et al., 1998).

Já os modelos psicológicos para a compreensão dos transtornos alimentares dividem-se basicamente em três grupos: psicodinâmico, cognitivo-comportamental e de sistema familiar. A pura descrição fenomenológica das síndromes não revela o grau de sofrimento do paciente e de sua família, nem mesmo a singularidade do indivíduo acometido. O sintoma alimentar é, freqüentemente, a ponta de um *iceberg* de outros problemas psicológicos e sintomas psiquiátricos interconectados que precisam ser adequadamente abordados.

O comportamento alimentar perturbado tem amplo significado simbólico e serve para múltiplas funções, podendo ser compreendido como defesa contra afetos e sentimentos intoleráveis. Os sintomas alimentares podem estar ocultando e/ou expressando, entre outros, sentimentos de raiva, desespero, competição agressiva, rejeição, solidão. A mudança drástica no padrão alimentar demonstra que o indivíduo se encontra em tormento psicológico, sendo incapaz de resolvê-lo de outro forma. A sintomatologia desenvolve-se para preservar um estado psicológico frágil. Sua

natureza é autopreservadora, embora suas conseqüências possam vir a ser autodestrutivas.

Embora as pacientes se encontrem solitárias em relação as pessoas, elas passam a envolver-se intensa e obsessivamente com suas próprias perspectivas, relativas a comidas e dietas. Seus afetos, comportamentos, sua auto-imagem e auto-estima estão drasticamente conectados com a compreensão que tem dos sintomas (NUNES et al., 1998).

Os aspectos familiares presentes nos transtornos do comportamento alimentar vem sendo alvo de interesse e preocupações dos profissionais envolvidos no tratamento destas síndromes praticamente desde o surgimento das primeiras descrições de quadros de anorexia nervosa.

Procura-se, desde o ingresso do familiar no grupo terapêutico, desvendar e esclarecer como as relações familiares se estabeleceram em torno da paciente e sua doença. Ao oferecer o grupo como um local em que os pais possam trocar experiências e encontrar respostas mais adaptativas, vê-se o efeito dinâmico de uns sobre os outros. Este efeito é terapêutico na medida em que reforça a auto-estima de pais desesperançados e descrentes de suas próprias habilidades parentais.

No entanto, os autores estudados são unânimes quanto à importância da inclusão da família no tratamento dessas pacientes, seja por intermédio da terapia de família, aconselhamento ou orientação de forma a construir contextos mais flexíveis, favorecedores de expressão e aceitação de diferenças relativas a idéias, sentimentos e ações sem ameaça de perda da pertinência, ao grupo familiar, de algum membro ou da dissolução do próprio grupo (NUNES et al., 1998).

Em relação aos aspectos socioculturais, a pressão cultural, que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares para gerar a preocupação excessiva com o corpo e o pavor doentio de engordar é considerada um elemento fundamental na etiologia dos transtornos alimentares (NUNES et al., 1998).

Atualmente, surgem novos desafios para a abordagem sociocultural dos transtornos alimentares e de seus comportamentos precursores. Acumulam-se evidências, originadas em estudos transculturais, de sua ocorrência em outras sociedades tais como Hong Kong, Taiwan, China, Índia e Brasil, além de minorias raciais nos países ocidentais (DAVIS; YAGER, 1992; NEGRÃO; CORDÁS, 1996; NUNES, 1997 apud NUNES et al., 1998).

Deve-se notar ainda um outro elemento que compõe o panorama sociocultural dos transtornos alimentares: as transformações dos papéis femininos e masculinos. As mulheres jovens se deparam atualmente com expectativas sociais novas, e muitas vezes ambíguas, de autonomia financeira, independência e sucesso profissional, além do desempenho de seus antigos papéis no lar, o que pode aumentar sua insegurança e intensificar essa busca por perfeição e controle (VANDEREYCKEN; HOEK, 1992 apud NUNES et al., 1998).

Na BN encontram-se também, com grande frequência, conflitos familiares, história de abuso sexual na infância e questões sobre o desenvolvimento de feminilidade, ocasionando, assim, dificuldade de controle de impulsos, depressão crônica, exagerados sentimentos de culpa e intolerância à frustração e à ansiedade.

A incidência mundial é estimada em 1:100.000, porém, se considerarmos apenas as mulheres jovens e brancas de países desenvolvidos esta taxa se eleva para 1:200 . Há evidências de que a incidência esteja aumentando nas últimas décadas, em

países como os EUA e os da Europa. É oportuno também, considerar os grupos de risco, ou seja, pessoas demasiadamente preocupadas com o peso e a forma física (modelos, bailarinas, aeromoças e artistas) no aumento da incidência (HALMI, 1974; CRISP; PALMER; KALUCY, 1976; HERZOG; COPELAND, 1985).

Estudos recentes realizados por JONES et al. (2001), mostram que a incidência e a prevalência destes transtornos está aumentando, dentre outros fatores, principalmente em escolas privadas. Este estudo mostra que os distúrbios da conduta alimentar e comportamental têm evoluído muito nas escolas da população em Ontário, no Canadá.

Segundo Eisler; Szumukler (1985) e Pyle (1983-1985), a prevalência de anorexia nervosa é mais alta em escolas particulares de cidades grandes (1% de jovens entre 16-18 anos). Halmi (1974) encontrou um caso em 200 jovens brancas nos países desenvolvidos e Devaud; Michaud; Narring, 1995 apud Ribeiro (1999), citam de 20 a 30:100.000 habitantes da mesma população de risco com prevalência estimada em 0,5%.

Hall (1978) traz um estudo de aspectos familiares das primeiras 50 pacientes com anorexia nervosa de uma determinada região demográfica. As informações sobre os familiares foram obtidas através de entrevista pessoal com os pais durante uma conduta de tratamento com as pacientes. Classe sócio-econômica alta, ausência de pacientes negros, pais mais velhos, dentre outros, sugerem múltiplos fatores que podem ser etiológicos, mas a possibilidade de fatores patogênicos estão igualmente distribuídos.

Estes estudos mostram que a noção de transtornos alimentares são reações culturais e da perspectiva da extensão de relatos de problemas alimentares com a imagem corporal em consequência do desenvolvimento da sociedade.

Já um estudo feito por Pyle (1983-1985), mostra a necessidade de se rever a classificação epidemiológica de transtornos alimentares, os quais aparecem em alto crescimento em mulheres, por causa do uso efetivo de recursos do tratamento, conhecendo-se, assim, fatores de alto risco e conduta clínica da doença. Isto parece clarear a ênfase sociocultural da magreza para fatores de risco como sexo, idade e classe social.

Desta forma, futuros estudos são necessários para definir mais especificamente fatores de grande risco para transtornos alimentares.

****Critérios Diagnósticos:***

Segundo o DSM IV - *American Psychiatric Association* - APA (1994), os critérios diagnósticos para AN compreendem manter o peso corporal, ideal ou acima do peso mínimo para idade e altura, medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, mesmo se abaixo do peso ideal, distúrbios de imagem corporal, amenorréia em mulheres pós-menarca (ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos). Considera-se dois subtipos para AN, dentre eles, o restritivo, no qual há apenas a restrição dietética e o compulsivo/purgativo, quando ocorre ingestão excessiva seguida de vômitos e uso de laxativos e/ou diuréticos.

Para a BN, os critérios diagnósticos, segundo a DSM IV, incluem episódios recorrentes de compulsão alimentar, que pode ser caracterizada por: comer, em período de duas horas, grande quantidade de alimentos; sentimento de perda do

controle alimentar durante o episódio; comportamento compensatório para prevenir o ganho de peso - vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes e/ou diuréticos, enemas ou outras drogas, jejum ou exercícios excessivos; compulsão alimentar e comportamentos compensatórios que ocorrem duas vezes por semana, por, pelo menos, três meses; preocupação excessiva com a forma corporal e o peso. Também aqui pode haver dois subtipos, sendo eles, o purgativo, pela presença de vômitos ou abuso de laxativos, diuréticos e enemas, e o não purgativo, se ocorrer jejum ou exercícios físicos excessivos.

****Tratamento e Prognóstico:***

O tratamento na AN compreende realizar, na primeira consulta, a averiguação do motivo da consulta na presença de todos – pacientes e familiares; entrevista com a paciente; entrevista com a família; entrevista com a paciente e a família. Há a indicação de seguimento ambulatorial ou hospitalar, caso a paciente tenha tido uma perda significativa de peso (perda de 30% ou mais do peso corporal), incluindo no entanto, várias modalidades terapêuticas específicas como: terapia nutricional baseado na orientação e reeducação alimentar, terapia comportamental, psicofarmacoterapia, suporte nutricional artificial para promover a recuperação nutricional em circunstâncias excepcionais, psicoterapia individual e psicoterapia de grupo familiar (MONTEIRO; SANTOS; PESSA, 1990).

A APA (1994) ressalta a importância de uma equipe interdisciplinar para interagir na avaliação e no tratamento das pacientes com transtornos do comportamento alimentar, bem como a necessidade do acompanhamento nutricional tanto na anorexia nervosa quanto na bulimia nervosa e suas formas subclínicas.

A avaliação nutricional em transtornos do comportamento alimentar deve focalizar não só os problemas alimentares, como a intensidade do apetite e a presença e duração dos episódios de restrição e/ou compulsão alimentar periódica, assim como as situações sociais que acompanham tais comportamentos (JEOR, 1995 apud NUNES et al., 1998). A avaliação nutricional nos tratamentos do comportamento alimentar, ao identificar minuciosamente o comportamento alimentar da paciente, auxilia no diagnóstico específico para anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Jeor (1995) apud Nunes et al. (1998), preconiza cinco procedimentos básicos de avaliação dietética cujo detalhamento oportuniza o conhecimento da quantidade energética e do consumo de nutrientes da dieta: história dietética; recordatório alimentar em determinados períodos de tempo; repetidos recordatório de ingestão de 24 horas feitos por entrevistadores treinados; questionário de frequência e tipos de alimentos consumidos.

A avaliação antropométrica para pacientes com anorexia nervosa se dá por meio da aferição de peso, altura e pregas (com uso do adipômetro) aplicada à tabela de Durnin para percentis de gordura corporal, sempre levando em consideração a faixa etária da paciente. As oscilações de peso são investigadas para avaliação do percentil de perda de peso. Esse dado auxilia na determinação do grau de severidade da desnutrição desencadeada. Para adultos, este é definido no restabelecimento da saúde. Para crianças e adolescentes jovens, é o peso necessário para assegurar ao paciente a continuidade de seu desenvolvimento normal.

Os dois principais objetivos do acompanhamento nutricional em anorexia nervosa são a reposição de peso e a reeducação alimentar, que precisam estar

interligados. A menos que a paciente esteja com peso muito abaixo do esperado ou apresente história de perda de peso muito rápida ou, ainda, quando a saúde está em risco pelas complicações clínicas, o restabelecimento do peso é feito em tratamento ambulatorial (FAIRBURN; MARCUS; WILSON, 1993 apud NUNES et al., 1998).

Já nas pacientes com bulimia nervosa, a avaliação antropométrica não visa apenas à busca da adequação de peso, mas também investiga o percentual de gordura presente nessas pacientes. A avaliação de pregas cutâneas é também feita com o uso do adipômetro.

Embora apresentem um peso normal e não necessitem de um programa para reposição de peso, elas precisam ser levadas a alimentarem-se adequadamente, abandonando as práticas restritivas e aceitando a idéia de atingir um peso que possam considerar além do desejado (BEUMONT; TOUYZ, 1995 apud NUNES et al., 1998).

As abordagens psicológicas também são importantes para esse tratamento. Existem atualmente várias técnicas psicológicas para serem aplicadas.

O estabelecimento de uma boa relação terapêutica é fator fundamental para a implementação das técnicas cognitivas e comportamentais. Um dos determinantes para uma boa relação é que o paciente sinta-se aceito, compreendido e confortável. Ele deve perceber que o terapeuta é confiável, que tem condições técnicas para ajudá-lo, que seus sintomas podem ser tratados com sucesso e que há um real interesse por parte do terapeuta em fazê-lo. Isto pode facilitar que o paciente experimente os novos padrões de comportamento propostos, enfrentando seu medo de ganho de peso (FAIRBURN et al., 1991; VITOUSEK, 1995 apud NUNES et al., 1998).

Outra abordagem interessante a ser trabalhada nesse tipo de doença é a abordagem psicodinâmica.

O termo psicoterapia psicodinâmica se refere a todas as terapias que utilizam explicitamente a relação terapeuta-paciente como ferramenta principal e que atende as reações transferenciais e contratransferenciais.

A transferência idealizada por vezes faz com que a paciente tenha mais necessidade de agradar e sinta-se suscetível ao julgamento alheio com medo de desapontar os outros e a si mesma.

Os sentimentos contratransferenciais despertados representam um aspecto importante no trabalho com essas pacientes. A imagem caricatural de um terapeuta frio e distante não é verdadeira. Na verdade, o terapeuta, em todos os momentos do tratamento, confronta-se com sentimentos complexos, conflitantes e dolorosos. Para ele, é difícil aceitar os sentimentos despertados pela fome e inanição auto-impostas pela paciente anoréxica principalmente quando percebe que suas intervenções, que visam a demonstrar cuidado e compreensão, são vivenciadas pela paciente como alimento ruim (ZERBE, 1992 apud NUNES et al., 1998).

Os dilemas contratransferenciais podem ser trabalhados e resolvidos pelo reconhecimento de três aspectos principais que se fazem presentes no processo terapêutico: as tendências masoquistas da paciente que tem um desejo onipotente de controlar o terapeuta ou colocá-lo no papel de objeto mau; a tendência da paciente em se identificar com o agressor e a necessidade que o terapeuta tem de modificar a paciente particularmente em relação ao comportamento alimentar (ZERBE, 1992 apud NUNES et al., 1998).

Outra abordagem importantíssima é a participação familiar no tratamento desses pacientes.

A terapia familiar, pelo sofrimento e angústia vividos pela família que tem um membro acometido por anorexia nervosa, também tem indicação para pacientes de outras faixas etárias e/ou com tempos diversos de evolução da doença (NUNES et al., 1998).

A terapia familiar sistêmica é um instrumento importante na recuperação dos pacientes acometidos de transtornos alimentares, exercendo também um papel importante como suporte, espaço de resolução de problemas e de crescimento para suas famílias e para a própria equipe interdisciplinar envolvida no atendimento do caso (NUNES et al., 1998).

A terapia farmacológica é um dos pilares dos transtornos alimentares. Segundo recomendações atuais, ela deve ser considerada como coadjuvante da terapêutica multidimensional destas síndromes, conjuntamente com as abordagens nutricionais, clínicas e psicoterápicas. O planejamento terapêutico individual, no entanto, deve ser baseado no julgamento do clínico familiarizado com a avaliação, o diagnóstico, a epidemiologia, as intervenções psicoterápicas, as variáveis fisiológicas e o conhecimento da história natural destes transtornos (NUNES et al., 1998).

Os estudos de comorbidade, ou seja, ocorrência de outros transtornos psiquiátricos em associação com os transtornos alimentares, tem possibilitado maior entendimento dos mecanismos subjacentes a estes transtornos. Dessa forma, diversos autores tem apontado prevalência aumentada de transtornos psiquiátricos (principalmente os do humor) em pacientes com perturbações do comportamento alimentar (NUNES et al., 1998).

Em última instância ocorre o tratamento hospitalar. Esta modalidade, para anorexia nervosa, não deve ser considerada como a abordagem terapêutica definitiva. O tratamento deve ser indicado em condições específicas e quando a equipe multiprofissional considera que o problema alimentar da paciente necessita de um enfoque mais abrangente e extensivo. Deve-se ter em mente que, quando não for bem indicado, este procedimento se mostra muitas vezes ineficaz e as recidivas são freqüentes (NUNES et al., 1998).

A internação hospitalar serve inicialmente para a correção do peso corporal quando este é mantido cronicamente abaixo de um nível crítico de forma a facilitar as abordagens psicoterápicas e nutricionais (NUNES et al., 1998).

Para a bulimia nervosa, a necessidade de internação hospitalar está relacionada com a presença de complicações médico-psiquiátricas. O abuso de laxativos, o abuso de álcool e outras drogas, o risco suicida e a gravidade de certos comportamentos decorrentes dos transtornos de personalidade podem necessitar de uma intervenção hospitalar. Da mesma forma, também uma perturbação grave do comportamento alimentar, como por exemplo, episódios bulímicos muito freqüentes, pode também indicar a necessidade de hospitalização do paciente para interrupção deste comportamento. Na maioria das vezes, entretanto, o tratamento da bulimia nervosa é extra-hospitalar, devendo-se tentar um período inicial de abordagens como a psicoterapia cognitivo-comportamental, o aconselhamento nutricional e o uso de psicofármacos, o que pode conduzir a melhora das pacientes (NUNES et al., 1998).

Ao contrário do que acontece na AN, a BN pode ser tratada, geralmente, em regime ambulatorial, exceto quando há grave redução de peso, distúrbios metabólicos severos (por vômitos freqüentes e abuso de diuréticos e/ou laxativos) ou

ideação suicida. Os objetivos do tratamento da BN são, fundamentalmente, a interrupção do círculo vicioso das orgias alimentares e dos vômitos auto-induzidos e abuso de diuréticos e/ou laxativos; redução da culpa e desmoralização associadas aos binges e à purgação, o incremento da auto-estima e a abordagem dos conflitos e dos fatores de personalidade implicados na síndrome (MONTEIRO; SANTOS; PESSA, 1990).

Todo esse tipo de tratamento multidisciplinar também é realizado e estabelecido para todos os pacientes como de importância extrema que sigam tudo o que é oferecido, cabendo aos membros da equipe buscar maneiras criativas para atração tanto dos pacientes como dos familiares para fazer com que não haja, assim, tanta dificuldade no tratamento e conseqüente baixa adesão e negação da doença, o que é de bastante freqüência nos serviços de assistência.

Por serem fenômenos clínicos multidimensionais envolvendo aspectos biológicos, emocionais, familiares, culturais e sociais, a anorexia nervosa e a bulimia, para serem eficazmente tratadas, necessitam de abordagem multidisciplinar. A formação de uma equipe interdisciplinar é de vital importância para o bom desenvolvimento do tratamento (NUNES et al., 1998).

Em estudo realizado por Ribeiro; Santos; Santos (1998), a evolução clínica, durante o seguimento, foi variável, com alta taxa de abandono do tratamento (n=39;57,3%) após alguns atendimentos, principalmente naqueles casos em que o estado geral do paciente não era grave o suficiente para a adesão imediata ao serviço. Dois casos de anorexia nervosa (2,9%) evoluíram para óbito, em regime de internação. Naquela época, cerca de vinte pacientes estavam em acompanhamento,

alguns devido à cronicidade das doenças, outros que se encontravam no início do tratamento, com boa evolução, e vários casos em quase recuperação completa.

Na literatura, poucos dados são encontrados sobre o prognóstico dessas síndromes devido, principalmente, a dificuldades metodológicas. Nemiah (1958) identificou, na sua amostra, 70% de cura ou melhora clínica dos seus casos, 22% de cronicidade e 8% de mortalidade.

Emborg (2001), ao realizar uma revisão de literatura de 1970-1993 na Dinamarca, na qual avaliou-se 2763 pacientes, dentre eles 237 homens, com o tempo mínimo de tratamento de 10,3 anos e máximo de 23 anos, concluiu que o índice de mortalidade era de 8,4%, sendo considerado um alto valor em relação ao total da população que era de 6,69%. Avaliando mulheres com idade entre 25-29 anos, dos 2763 pacientes, o estudo mostra excesso da taxa de mortalidade entre cada paciente no total do grupo.

Em recente estudo realizado em um hospital japonês por Nakayama e Nozoe (2001), observou-se que 90% dos pacientes eram do sexo feminino em pré-adolescência e adolescência e o índice de mortalidade, quando o tratamento era realizado corretamente (atendimento hospitalar e psiquiátrico), era de 6%.

Em outra revisão do tema, Steinhausen e Glanville (1983), destacam como indicadores desfavoráveis ao prognóstico o início tardio do tratamento, a presença de bulimia e vômitos e a presença de distúrbios de imagem corporal.

A fim de favorecer o tratamento e evitar o mau prognóstico, é fundamental que o diagnóstico dessas síndromes seja realizado o mais precoce possível.

O método de diagnóstico considerado padrão-ouro para detecção de doenças normalmente é a entrevista clínica, sendo considerada dispendiosa no sentido

econômico e de tempo quando realizada em estudos epidemiológicos que requerem grande número de participantes. Por esta razão, outras formas de abordagens têm sido propostas com escalas e questionários de auto-administração que se prestam a triar possíveis casos de doença (KOLOWSKY et al., 1992).

1.2 O Eating Attitudes Test

O Eating Attitudes Test (EAT) ou Teste de Atitudes Alimentares (Anexo A), desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), é um dos instrumentos mais utilizados atualmente, sendo um teste psicométrico utilizado em estudos com AN com o objetivo de medir sintomas da síndrome de maneira mais fácil e rápida, favorecendo assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento, evitando a evolução da doença. Esse instrumento foi validado pelos autores utilizando população feminina do Canadá: pacientes com anorexia nervosa e jovens universitárias sem a história da doença alimentar ou psiquiátrica. A versão original do EAT (EAT-40) constituiu-se de 40 itens de múltipla escolha, sendo o resultado do teste, a somatória dos valores atribuídos às questões e os autores estabeleceram o ponto de corte de 30 pontos como sendo indicador positivo da possibilidade de existência de distúrbio alimentar. Mais tarde, Garner et al. (1982), propuseram a versão abreviada (EAT-26) com 26 itens, validando e mantendo as correlações clínicas e psicométricas entre grupos de pacientes e sujeitos normais. O ponto de corte estabelecido para essa nova forma foi de 21 pontos. As 26 questões estão divididas em três escalas ou fatores obtidas a partir de análise fatorial, cujos conceitos e números estão a seguir: (i) Escala da Dieta (D) - itens nº 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,25: reflete uma recusa patológica a comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física; (ii) Escala

de Bulimia e Preocupação com os Alimentos (B) - itens nº 3,4,9,18,21,26: refere-se a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros comportamentos para evitar o ganho de peso; (iii) Escala do Controle Oral (CO) - itens nº 2,5,8,13,15,19,20: demonstra o auto-controle em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar.

Cada questão, dividida em 3 escalas do tipo Likert, apresenta 6 opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha (**sempre** = 3 pontos, **muitas vezes** = 2 pontos, **às vezes** = 1 ponto, **poucas vezes** = 0 ponto, **quase nunca** = 0 ponto e **nunca** = 0 ponto). A única questão que apresenta pontos em ordem invertida é a 25, sendo que para respostas mais sintomáticas, como o **sempre**, **muitas vezes** e **às vezes**, não são dados pontos, e para as alternativas **poucas vezes**, **quase nunca** e **nunca**, são conferidos 1, 2 e 3 pontos, respectivamente.

Para os autores do EAT-26, um resultado maior que 21 pontos indica um teste positivo e o entrevistado poderá ser incluído em grupo de risco passando por entrevista clínica para averiguar se os critérios diagnósticos são preenchidos (GARNER; GARFINKEL, 1979; GARNER; OLMSTED; POLIVY, 1983).

Segundo Mintz; O'Halloran (2000), o EAT foi traduzido, no mínimo, em sete línguas estrangeiras e é talvez o instrumento de transtorno alimentar mais frequentemente utilizado, sendo, por isso, descrito como "o instrumento mais popular para identificar o padrão associado com AN".

Realmente, vários trabalhos já foram desenvolvidos em diversos países, em que utilizou-se o EAT na metodologia.

Na Índia, a aplicação do teste em adolescentes femininas revelou que 29% da amostra teve alto escore médio que pode ser resultado da má interpretação de várias

questões por razões lingüísticas, sociais e religiosas (KING; BHUGRA, 1989 apud NUNES et al., 1994b). Alguns autores criticam esse trabalho, alegando ter havido graves falhas no questionário (CHOUDRY; MUMFORD, 1992 apud NUNES et al., 1994b).

Em estudo comparativo entre adolescentes americanos e espanhóis, aplicando o questionário EAT-40, os autores discutem a influência dos fatores socioculturais no desenvolvimento desses distúrbios (RAICH et al., 1992 apud NUNES et al., 1994b).

Em pesquisa realizada no Japão por Nakamura et al. (1999), foi aplicado o EAT-26 em 3.032 meninas estudantes de 3 escolas privadas para avaliar problemas alimentares: 5,4% dos sujeitos apresentaram alto escore para o EAT-26, concluindo-se que a prevalência de transtornos alimentares em adolescentes japonesas é baixa em comparação a outros países.

Um estudo realizado por Nobakht; Dezham (2000) avaliou 100 estudantes aplicando o EAT-26 traduzido na Pérsia. O estudo sugere que a prevalência de transtornos alimentares entre adolescentes femininas do Tehran é comparado para a prevalência da taxa relacionada por estudos tanto de sociedades de classe alta como baixa.

A utilização do EAT em diferentes países tem suscitado polêmicas relativas à validade transcultural do instrumento, devido a má interpretação das questões por razões lingüísticas, sociais, religiosas, influência de fatores socioculturais no desenvolvimento desses distúrbios, desempenho escolar do aluno e nível de escolaridade dos pais (KING; BHUGRA, 1989; RATTE et al., 1989; RAICH et al., 1992 apud NUNES et al., 1994b).

Uma pesquisa realizada na Alemanha Oriental e Ocidental com adolescentes anoréxicas e jovens normais concluiu não ser possível transferir achados norte-americanos para populações da Europa Central (NEUMARQUER et al., 1992 apud NUNES et al., 1994b).

Segundo Birthe; Knut (1990), no ano foi criada uma nova versão para o EAT-26, em que os mesmos elaboraram um questionário de 12 questões (EAT-12), a partir do questionário original, em 485 adolescentes com idade entre 14 e 15 anos. Foram observados seus hábitos e condições culturais e, juntamente a essas observações, realizou-se análise estatística apropriada para a realização dessa nova versão.

Conforme Guillemin, 1993 apud Nunes (2000), são importantes a avaliação e documentação das propriedades psicométricas de um instrumento adaptado, o que é feito pelo estudo da confiabilidade e validade do instrumento.

No Brasil, não existem dados epidemiológicos sobre essas síndromes. Embora o EAT-26 seja utilizado em alguns estudos, não foi traduzido e validado adequadamente (RIBEIRO, 1999).

O primeiro deles, feito por Nunes et al. (1994a), em Porto Alegre, onde a mesma realizou a tradução e a retro-tradução do instrumento do português para o inglês, aplicou-o em um grupo de estudantes adolescentes de escolas públicas e privadas, considerando o ponto de corte de 21 pontos. Fez-se um estudo piloto que constou da aplicação experimental do instrumento traduzido em duas turmas de escola pública com idade média entre 12 e 15 anos com a intenção de testar a compreensão das questões, concluindo não haver problemas quanto ao questionário, aceitando, assim, a tradução em sua forma final para o português como adequada. No entanto, nesses estudos nacionais não foi realizada análise estatística mais

apropriada, ou seja, não foi feita a análise da consistência interna dos itens, a confiabilidade, e conseqüentemente, sua posterior validação.

Em outro estudo realizado por Ribeiro (1999), o EAT-26, após traduzido e feita a retro-tradução, foi aplicado em 24 pacientes com AN do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e em 30 indivíduos do grupo controle a fim de se determinar um ponto de corte para considerar o teste positivo. O resultado encontrado, avaliando índices de concordância como sensibilidade, especificidade, valor preditor positivo e negativo, foi de 14 pontos. Após essa etapa, o EAT-26 foi aplicado em 498 estudantes com idade entre 11 e 18 anos, matriculadas em 4 escolas públicas situadas na região Norte da cidade e 3 escolas particulares da região Sul. Aplicado o corte de 14 pontos (estabelecido na validação), 66,4% da amostra foi selecionada (331 jovens; 183 da rede pública = 55,3% e 148 da rede privada = 44,7%), sendo considerada EAT positivo.

Os dados obtidos por Ribeiro (1999) levantam a possibilidade da alta prevalência de jovens que apresentam indicadores de hábitos dietéticos que podem comportar riscos para o desenvolvimento de anorexia nervosa e bulimia, já que sugerem apontar alguns aspectos cognitivos e comportamentais semelhantes aos doentes clinicamente diagnosticados. Além disso, verificou-se que a população de estrato sócio-econômico mais baixo está tão exposta a essas síndromes quanto ao de mais alto, parecendo ter alguns traços de personalidade ainda mais acentuados. Este estudo propôs a indicação da validação de instrumentos criados em países desenvolvidos, para que possam ser utilizados na nossa população com mais segurança e, assim, permitir investigações transculturais.

1.3 Validação de Escalas Psicométricas

Segundo Pasquali (1999), os instrumentos psicológicos ou testes, como os conhecemos atualmente, representam a expressão cientificamente refinada de um procedimento sistemático de qualquer organismo, biológico ou social, a saber, o de avaliar as situações para tomar decisões que garantam a sobrevivência do próprio organismo, bem como seu autodesenvolvimento. Aparece tal fenômeno desde o chamado crivo biológico, que filtra os estímulos para que possam ser adequadamente elaborados pelo organismo, até as formas mais sofisticadas dos testes psicológicos.

Ao aplicar um instrumento, pressupõe-se que haja um valor verdadeiro da característica a ser medida. Para se chegar a este valor verdadeiro, contudo, devem ser eliminados os erros *sistemáticos* ou de *mensuração* e os *erros aleatórios ou casuais*. Um instrumento idealmente confiável seria aquele completamente livre destes dois tipos de *erros*. Ou seja, uma medida extremamente precisa e estável, sem influência do observador, do entrevistado ou do ambiente.

No entanto, na prática, não é isto que acontece. Toda a medida apresenta *erros aleatórios* ou *casuais* e *erros sistemáticos* ou de *mensuração*. Os *erros sistemáticos* são previsíveis, possíveis de serem evitados ou, pelo menos, minimizados. Os *erros aleatórios*, ao contrário, são imprevisíveis, não sendo possível, portanto, controlá-los ou evitá-los. Conforme afirma Stanley (1971) apud Micheli (2000): “A quantidade de erro, presente na mensuração, pode ser maior ou menor, mas estará sempre presente”. Dado que o erro está sempre presente em qualquer medida, é de suma importância que haja meios de neutralizar ou diminuir os seus efeitos ou, pelo menos, de conhecer sua grandeza, do modo mais aproximado

possível, para conhecer a magnitude do risco em que se está incorreto ao tomar decisões baseadas naquela medida (PASQUALI, 1997 apud MICHELI, 2000).

Com o objetivo de padronizar sistemas diagnósticos e escalas para uso em diversos países, faz-se necessário que a versão original do instrumento seja traduzida para o idioma da população na qual será aplicada.

Em geral, testes psicológicos e escalas psiquiátricas são desenvolvidos com uma linguagem singular e voltados para um determinado contexto cultural. Neste sentido, alguns problemas podem surgir com relação à sua generalização, suas propriedades psicométricas, uso de expressões idiomáticas e interpretações baseadas em escores quando estes instrumentos são utilizados em grupos de pessoas diferentes daqueles para os quais foram originalmente criados. Fatores como linguagem e cultura tem uma influência importante na validade e confiabilidade de tais testes (EDGERTON; KARNØ, 1971; CHAN, 1985 apud MICHELI, 2000).

Portanto, se determinado instrumento foi desenvolvido para um grupo particular de indivíduos com idioma e cultura específicos, a tradução para um outro idioma requer inúmeros cuidados (MICHELI, 2000).

Uma vez feita a tradução, existem poucas garantias de que as propriedades psicométricas do instrumento permaneçam constantes. Neste caso, se faz necessária a validação do instrumento para uso na nova população a ser estudada (WESTERMEYER, 1985; PHILLIPS et al., 1991 apud MICHELI, 2000).

De acordo com Pasquali (1999), a escala psicométrica visa a escalonar estímulos que expressam um construto psicológico e seria neste sentido restrito que se usaria mais comumente o conceito de escala psicométrica. O termo, na verdade, originalmente se refere ao fato de que ao se preceder a uma medida de um atributo

empírico, surge uma série de números ordenados à qual é dado o nome de escala numérica. Assim, qualquer medida resultaria numa escala. No caso presente, entretanto, escala é utilizada como uma forma ou técnica de se fazer a medida, especialmente na área das atitudes.

De qualquer forma, escala se refere a um instrumento de medida em Psicologia. Ela se caracteriza por ser composto por uma seqüência de números, tipicamente obedecendo os axiomas de ordem dos números, isto é, a seqüência é, pelo menos, do tipo monotônica crescente (ou decrescente, se quiser). Como esses números se tratam de medidas, conseqüentemente, referem-se a algum aspecto da realidade, seja física ou mental ou outra, e desejam indicar diferentes magnitudes de uma propriedade ou atributo desta realidade (PASQUALI, 1999).

A confiabilidade é a primeira característica que um instrumento deve possuir. É o “grau de coerência ou precisão com que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir” (GUILLEMIN, 1993 apud NUNES, 2000).

Há duas propriedades básicas e indispensáveis para as medidas empíricas: validade e confiabilidade. A validade de um instrumento pode ser definida como a sua capacidade em realmente medir aquilo que ele se propõe a medir (PORTNEY, 1993 apud MICHELI, 2000), isto é, quando os resultados das medidas correspondem ao verdadeiro estado do fenômeno sendo mensurado. A questão da validade de um instrumento se refere ao que ele mede e até que ponto o faz (ANASTASI, 1961 apud MICHELI, 2000).

Quando se fala em validade, o que está em pauta na realidade não é somente um instrumento. Valida-se uma interpretação de dados que se originam de um procedimento específico, não o instrumento de medição em si mas o instrumento em

relação à proposta para a qual ele está sendo usado (CARMINES; ZELLER, 1979; STREINER; NORMAN, 1989; GIBBONS et al., 1985 apud MICHELI, 2000).

A validade de um construto reflete a habilidade de um instrumento de medir um conceito abstrato ou construto. Refere-se a uma ampla abordagem de variedades que são utilizadas quando o que se quer medir é algum atributo ou qualidade que não é definido operacionalmente, ou seja, um construto hipotético mais do que algo que possa ser prontamente observável. A validade de construto de um instrumento indica se ele efetivamente mede um conceito teórico específico. Entre os métodos utilizados para avaliar a validade de construto de um instrumento destaca-se a análise fatorial (MICHELI, 2000).

A análise fatorial é baseada na idéia de que um construto contém uma ou mais dimensões subjacentes, ou diferentes componentes teóricos. A suposição básica da análise fatorial é que dimensões subjacentes, denominadas *fatores*, podem ser usadas para explicar um fenômeno complexo. A análise fatorial analisa as inter-relações dos dados do teste, calcula as correlações de cada um dos itens com todos os outros, revela agrupamentos entre os itens e sugere a localização de traços comuns, os fatores. Cada fator é definido e identificado pelos itens que se correlacionam mais fortemente entre si do que com os demais. Deste modo, um fator é constituído por um grupo de variáveis, cujo rótulo caracteriza o conceito que se quer avaliar. A indicação estatística da extensão com que cada item está correlacionado com cada fator é dada pela carga do fator (*factor loading*). Este coeficiente indica o peso designado para cada fator. Fatores com coeficientes altos (alta carga fatorial) para uma variável, são altamente relacionados com ela. Este peso ou carga fatorial

representa as correlações do instrumento com cada fator. Tal correlação é conhecida como **validade fatorial** do instrumento (ANASTASI, 1961 apud MICHELI, 2000).

A análise fatorial constitui a demonstração da própria validade do instrumento e representa igualmente a análise preliminar dos próprios itens. Ela produz resultados importantes com os quais se pode tomar decisões sobre a qualidade dos itens, bem como do instrumento no seu todo. Na verdade, ela demonstra o que o instrumento está medindo, isto é, os fatores, bem como os itens que compõem cada fator. Ela produz, para cada item, a carga fatorial (saturação) no fator e esta carga fatorial, por sua vez, indica a covariância entre o fator e o item. Isto significa que a carga fatorial mostra qual porcentagem existe de parentesco (covariância) entre o item e o fator de sorte que, quanto mais próximo de 100% de covariância item-fator, melhor será o item, pois ele assim se constitui num excelente representante comportamental do fator (do traço latente).

As cargas fatoriais são expressas similarmente aos índices de correlação e, portanto, podem ir de $-1,00$ a $+1,00$. Uma carga de $0,00$ significa que não há nenhuma relação entre o item e o fator; neste caso, o item seria uma representação comportamental totalmente equivocada do fator. Costuma-se apontar o valor $0,30$ (positivo ou negativo) como sendo uma carga mínima necessária para o item ser um representante útil do fator. Obviamente, quanto maior de $0,30$ for a carga, melhor o item e, se todos os itens de um fator apresentam cargas fatoriais em torno de $0,30$, isso indica que este fator está muito mal representado, porque se esperam cargas bem maiores (acima de $0,50$) para se dizer que o fator foi bem representado comportamental (PASQUALI, 1999).

Não é suficiente apenas verificar se um instrumento mede o que ele se propõe a medir, mas, é necessário também verificar se ele está mensurando o fenômeno de forma estável, consistente e confiável.

O termo confiabilidade geralmente é utilizado para se referir à reprodutividade ou fidedignidade de uma medida, ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto. O valor de um instrumento é demonstrado quando mensurações dos mesmos indivíduos em diferentes ocasiões, por diferentes observadores ou por instrumentos paralelos, produzem resultados semelhantes. A confiabilidade é o índice de extensão em que mensurações obtidas em circunstâncias diferentes, produzem o mesmo resultado (KAPLAN; SADOLK, 1995; STREINER; NORMAN, 1998 apud MICHELI, 2000).

Instrumentos de triagem, questionários e entrevistas de um modo geral, são idealmente compostos por um conjunto de questões designadas para medir um conhecimento particular ou atributo. A *Consistência Interna*, ou homogeneidade dos itens, reflete a extensão em que os vários itens medem o mesmo fenômeno. Ao examinar a consistência interna de um conjunto de questões, é possível avaliar a confiabilidade do teste através de uma única administração de uma única forma de teste (PORTNEY, 1993 apud MICHELI, 2000). Existem vários coeficientes que fornecem medidas de consistência interna, entretanto, o coeficiente alfa de Cronbach, em geral, é o mais utilizado (PASQUALI, 1997 apud MICHELI, 2000).

O Alpha de Cronbach é uma medida de correlação entre os itens componentes de um indicador e assume valores de zero a um, em uma escala progressiva de ajustes. Este coeficiente pode ser interpretado pelo R^2 (quadrado do coeficiente de

correlação de Pearson) sugerindo a proporção de representação da variabilidade total da medida considerada (NUNES, 2000).

Embora não tenha sido o primeiro a trabalhar com este tipo de análise, foi Cronbach (1951) apud Micheli (2000), quem propôs este coeficiente geral como indicador da consistência interna do teste. Esta técnica refere-se à consistência das respostas dos indivíduos a todos os itens do instrumento e não requer nem separação de itens nem repetição da aplicação.

O cálculo do alfa de Cronbach (1951) apud Micheli (2000), é baseado na correlação média dos itens dentro do teste. Parte-se do pressuposto de que os itens de um instrumento estão positivamente correlacionados uns com os outros em função de estarem medindo uma variável comum.

Como regra geral, admite-se que a confiabilidade de α de Cronbach não deve estar abaixo de 0,80 (CARMINES; ZELLER, 1979; STREINER; NORMAN, 1989 apud MICHELI, 2000).

No entanto, o estudo de Garner; Garfinkel (1979) foi desenvolvido e validado exclusivamente para adolescentes canadenses podendo diferir-se em outras culturas, Dessa forma, optou-se, neste presente trabalho, por proceder a tradução e validação do EAT-26 de acordo com a realidade brasileira em adolescentes do sexo feminino e de nível sócio-econômico alto na cidade Ribeirão Preto. Isso se justifica porque uma avaliação estatística apropriada sobre esse teste, na versão em português, pode auxiliar no pré-diagnóstico nesse grupo estudado, no qual há maior incidência de se desenvolver os distúrbios alimentares.

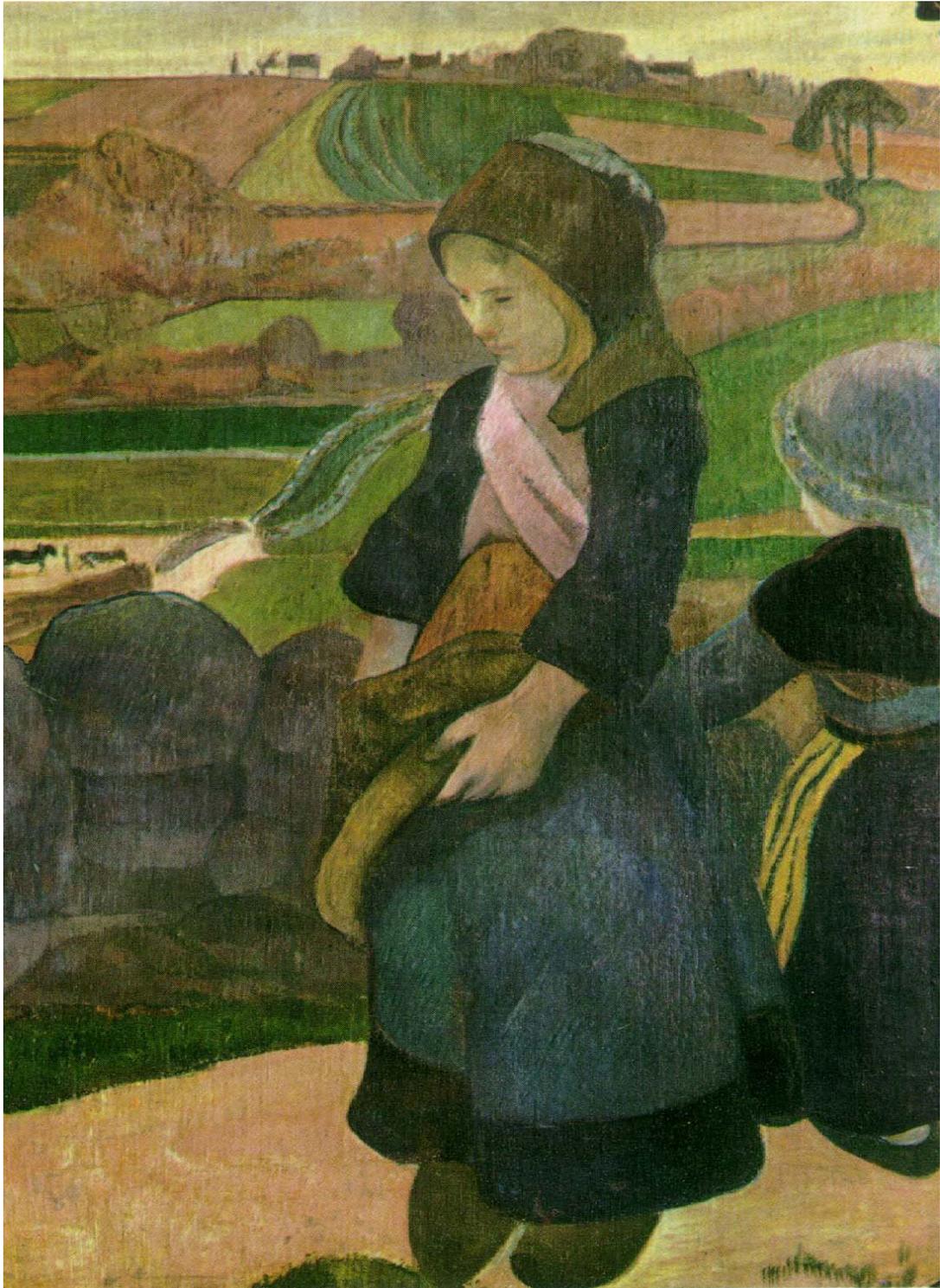


Um bar no Folies-Bergère – Manet

OBJETIVOS

- 1) Traduzir o *Eating Attitudes Test* (EAT-26) para a língua portuguesa;

- 2) Validar o EAT-26, avaliando a sua confiabilidade por meio da análise fatorial e consistência interna dos seus itens em uma amostra de adolescentes do sexo feminino, estudantes da rede privada de ensino na cidade de Ribeirão Preto - SP.



Crianças de Pouldu – Gauguin

METODOLOGIA

***3.1 Amostra:**

Foi realizado um levantamento na Delegacia de Ensino de Ribeirão Preto sobre o número de alunos matriculados desde a 5ª série do ensino fundamental (idade média de 12 anos) até a 3ª série do ensino médio (idade média de 18 anos) em 06 escolas da rede privada que oferecem esses níveis de educação, segundo o censo de 2000. Foi encontrado um total de 17.123 alunos matriculados. Deste total, admitiu-se que metade desses estudantes fosse do sexo feminino, a fim de se conhecer o universo da população a ser investigada.

A partir desse procedimento e com base na prevalência de anorexia nervosa que varia de 0,5 a 1,0%, a amostra foi definida em 400 adolescentes, para um intervalo de confiança de 95%, um erro de estimativa não superior à 1% e uma possível perda amostral de 5%.

***3.2 Procedimento:**

3.2.1 Tradução do EAT-26

O EAT-26 (Anexo A) foi traduzido do inglês para o português por três tradutores independentes, profissionais estes com domínio na língua inglesa e que são membros da equipe multiprofissional do Ambulatório de Distúrbios de Conduta Alimentar e do Peso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. As traduções foram confrontadas e por fim, obtida a versão final do teste. Em consenso com os tradutores, procedeu-se, a seguir, a retrotradução, ou seja, o EAT-26 foi traduzido novamente, agora para o inglês, por um tradutor nativo em país de língua inglesa que possui domínio da língua portuguesa e experiência na

tradução de textos da área de saúde. Este profissional não foi informado dos objetivos dessa tradução. Sendo assim, a escala original e a originada da retrotradução foram submetidas ao julgamento de um pesquisador americano formalizado com a temática para avaliar a adequação entre as mesmas, sem haver diferenças semelhantes para sua aprovação.

3.2.2 Estudo Piloto

Para verificar o entendimento e a questão semântica dos itens do EAT-26 traduzido para a língua portuguesa, foi realizado um estudo piloto com 32 adolescentes do sexo feminino, com idade entre 12 e 18 anos que responderam ao teste. Essas adolescentes foram abordadas nos *shoppings centers*, clubes de lazer, e lojas de roupas localizadas em bairros de classe média alta, onde acredita-se serem locais mais freqüentados por adolescentes que preencham os requisitos para possíveis casos da doença. Foram excluídas, por perguntas feitas pela própria pesquisadora, adolescentes que estivessem realizando algum tipo de dieta ou tratamento para emagrecer, ou que tivessem alguma preocupação excessiva em controlar o peso ou a busca de um corpo perfeito. As dúvidas apresentadas pelas adolescentes voluntárias foram anotadas por escrito para ajuste das palavras ou expressões definidas pela tradução de cada escala.

3.2.3 Aplicação do EAT-26

Confirmada a versão em português do EAT-26, entrevistou-se, de acordo com esta versão, 400 estudantes do sexo feminino de 02 escolas particulares da cidade de

Ribeirão Preto com idade entre 12 e 18 anos, as quais foram escolhidas aleatoriamente por sorteio, proporcionalmente ao universo investigado.

Além disso, foram levantadas, no termo de consentimento livre e esclarecido, informações dos pais referentes à renda familiar, sobre, por exemplo, quem é o responsável do pagamento da mensalidade (próprios pais, própria aluna ou outros familiares) e bairro onde a família reside.

O teste, que é auto-administrável, foi aplicado nas escolas em uma sala de aula apenas pela presença da pesquisadora e recebeu a anuência dos pais, ou seja, uma carta solicitando permissão aos pais para a aplicação do teste, aferição do peso e da altura de suas filhas (Anexo B), diante do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C), acompanhado de um questionário com perguntas para obtenção da renda familiar (Anexo D).

Após as alunas de cada classe serem convocadas e estarem presentes, foram pesadas por meio de uma balança portátil (em kg) e aferidas suas alturas com o auxílio de uma trena (em metros) fixada em uma parede e um marcador de altura posicionado sobre a parte superior da cabeça. O peso e a altura foram aferidos com as alunas descalças e com vestimentas leves.

Esses dados foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), cuja fórmula é o peso (em Kg) dividido pela altura elevada ao quadrado (em metros). Finalizando essa avaliação antropométrica, cada aluna respondeu ao questionário EAT-26.

***3.3 Análise de Dados:**

O EAT-26 foi analisado segundo as pontuações de cada resposta, que somadas, originaram a contagem total dos pontos e suas escalas foram obtidas a partir de análise fatorial.

Também foi calculado o índice de massa corporal (IMC), cuja classificação é baseada nos percentis definidos por Must; Dallal; Dietz (1991), em que a mesma, define o estado nutricional por percentis (P5, P15, P50, P85, P95), sendo que entre P5 e P15 é considerado desnutrição, P50 é considerado peso saudável, entre P85 e P95 é considerado sobrepeso e acima de P95 é considerado obesidade.

Esses dados foram inseridos em planilha eletrônica para processamento das análises descritivas e inferenciais, sendo utilizado para isso os programas Excel 97 e SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Com o propósito de avaliar as propriedades psicométricas do EAT-26 quanto à confiabilidade e análise da repetibilidade, isto é, a intensidade de concordância entre as versões traduzidas, foi utilizado o teste de significância de kappa, que se baseia no número de respostas concordantes.

Segundo Siegel; Castelhan (1998), o Kappa corresponde a uma medida de concordância onde o valor zero indica nenhuma concordância e o valor um representa total concordância. Nos casos de rejeição da hipótese ($Kappa = 0$), obteve-se a indicação da existência de alguma concordância, ou seja, a medida de concordância era significativamente diferente de zero.

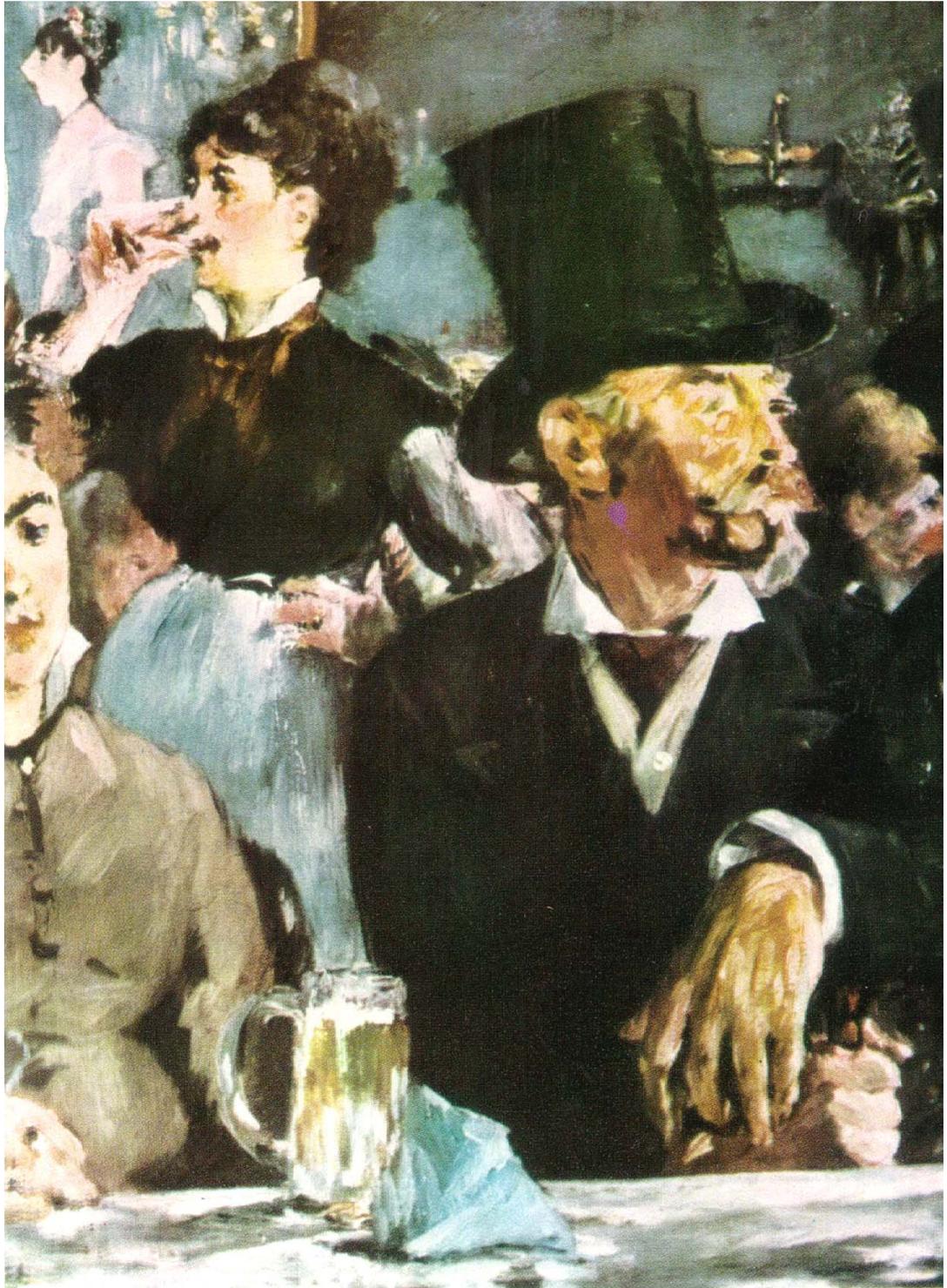
Para análise da consistência interna do EAT-26, foi calculado o Alpha de Cronbach, obtido em conjunto com uma análise de sua variação (aumento ou diminuição), caso um item seja retirado. Essa análise, segundo Pereira (1999) apud

Nunes (2000) permite a identificação de itens com baixa correlação com os demais, indicando aqueles que devem ser excluídos para melhor precisão do instrumento de medida.

***3.4 Questões éticas:**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–USP, por estarmos trabalhando com seres humanos (Anexo E). Sendo assim, comprometemo-nos a respeitar os aspectos éticos envolvidos, assegurando assim, a impossibilidade de identificação do indivíduo sujeito dessa pesquisa uma vez que todas as informações obtidas através da entrevista foram mantidas em sigilo, sendo apenas utilizadas para esse estudo; e que a participação dos sujeitos foi inteiramente voluntária, tendo o mesmo a liberdade para, em qualquer momento, desistir da participação sem nenhum prejuízo ou punição. Além disso, ele pode realizar questionamentos e ter acesso ao estudo na íntegra, assinando um termo de consentimento se estivesse de acordo com esses critérios.

A realização desse estudo não ofereceu risco ou dano significativo à família ou ao indivíduo participante. Os resultados obtidos no trabalho deverão ser publicados e apresentados em eventos científicos.



Café-Concerto – Manet

RESULTADOS

*4.1 Tradução do EAT-26

O EAT-26 sofreu a tradução do inglês para o português por três tradutores independentes com domínio na língua inglesa, profissionais estes vinculados ao Ambulatório de Distúrbios da Conduta Alimentar e do Peso da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. Depois de confrontadas as traduções, foi definida a versão final em consenso com os tradutores.

Após esse procedimento, foi realizada a retrotradução, ou seja, a versão do EAT-26 em português foi traduzida para o inglês por um tradutor da língua inglesa com experiência na língua portuguesa (Anexo F). Comparada essa versão com a original, foram verificadas as seguintes dificuldades no entendimento de algumas questões, sendo elas:

*Questão nº 4

Have gone eating binges where I feel that I way not be able to stop (versão original)

Quando começo a comer demais, tenho a sensação de não ser capaz de parar.
(tradução em português)

When I start eating too much I have the feeling that I am unable to stop.
(retrotradução)

Porém, a expressão Have gone, está no tempo passado e sua tradução para o português estava no presente e a palavra Binge significa período longo e está traduzida para o português como demais. Assim, decidiu-se que a melhor tradução seria:

Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.

*Questão n° 18

Feel that food controls my life. (versão original)

Percebo que organizo minha vida pelos alimentos que como ou pelas refeições que faço. (tradução em português)

I feel that food controls my life. (retrotradução)

Porém, a palavra feel, significa sentir, e está traduzida como perceber, as palavras organizo, refeições e faço, não fazem parte da frase, portanto a versão final ficou:

Sinto que os alimentos controlam minha vida.

*Questão n° 22

Feel uncomfortable after eating sweets. (versão original)

Sinto-me mal após comer doces. (tradução em português)

I feel sick after eating sweets. (retrotradução)

Porém, observou-se que a palavra uncomfortable, não significa mal e sim “sem conforto (desconforto)”, portanto a versão final ficou:

Sinto desconforto após comer doces.

*Questão n° 25

Enjoy trying new rich foods. (versão original)

Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias, que parecem engordar. (tradução em português)

I like to try new high-calorie foods. (retrotradução)

Porém, no final da frase traduzida em português ... “que parecem engordar”, essas palavras não estão presentes na versão original, portanto a tradução ficou:

Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.

Após esse processo, chegou-se a versão final, em português, do EAT-26 (anexo G).

**4.2 Estudo Piloto*

Assim, a próxima etapa foi a realização do estudo piloto com o EAT-26, com a finalidade de observar o entendimento das questões pelos entrevistados.

Sendo assim, o questionário foi aplicado em 32 adolescentes do sexo feminino com idade entre 12 e 18 anos, as quais foram abordadas nos *shoppings centers*, clubes de lazer, e lojas de roupas localizadas em bairros de classe média alta.

Foram levantadas as seguintes dúvidas pelas respondentes durante a aplicação do teste:

1) uma entrevistada de 18 anos, em relação à questão 18 (Sinto que os alimentos controlam minha vida), fez a seguinte pergunta: Que sentido a palavra controle tem nesta frase?

2) Na questão 9 (Vomito depois de comer) e questão 26 (Sinto vontade de vomitar após as refeições) houve dúvidas de duas adolescentes, com idade de 13 e 15 anos, se esses dois itens não teriam o mesmo sentido.

Diante dessas dúvidas apontadas por parte das participantes, foi realizado um estudo estatístico com a finalidade de saber se era realmente necessário modificar essas questões.

Devido a uma pequena incidência de dúvida na questão 18 (3,2%) e nas questões 6 e 26 (6,25%), não se considerou a necessidade de mudança das questões, permanecendo o EAT-26 inalterado.

**4.3 Aplicação do EAT-26*

Numa próxima etapa, após o estudo piloto, fez-se contato e convite para as escolas particulares da cidade participarem do estudo conforme carta explicativa (Anexo H), enquadrando-se nas exigências da pesquisa num total de seis escolas (1º e 2º graus). Devido a questões burocráticas, apenas duas escolas aceitaram participar, sendo elas: Colégio Anchieta e Colégio Nossa Senhora Auxiliadora.

A tabela 1 mostra o número de alunas matriculadas nas 02 escolas que aceitaram participar do estudo.

TABELA 1: Número de alunas matriculadas nas 02 escolas da rede privada que aceitaram participar do estudo

	6ª Série	7ª Série	8ª Série	1º Colegial	2º Colegial	3º Colegial	Total
N (escola 1)	92	84	81	78	70	40	445
%	20,7	18,9	18,2	17,5	15,7	9,0	100
N (escola 2)	18	30	26	30	21	19	144
%	12,5	20,8	18	20,8	14,6	13,2	99,9

O próximo passo foi fazer o sorteio aleatório das alunas que formaram a amostra e, para isso, foi calculado o número de alunas proporcional ao número total de alunas matriculadas em cada escola, conforme traz a tabela 2.

Tabela 2: Amostra - Sorteio proporcional ao número de alunas de cada escola

	6ª Série	7ª Série	8ª Série	1º Colegial	2º Colegial	3º Colegial	Total
N (escola 1)	62	57	55	53	48	27	302
%	20,7	18,9	18,2	17,5	15,7	9,0	100
N (escola 2)	12	20	18	20	14	14	98
%	12,5	20,8	18	20,8	14,6	13,2	99,9

4.4 Dados antropométricos e socioeconômicos das adolescentes avaliadas

Apesar do cálculo amostral ter sido planejado em 400 adolescentes, apenas 365 participaram do estudo devido à recusa de alguns pais ao convite realizado.

A seguir, serão mostrados os resultados referentes à idade, IMC e nível socioeconômico das famílias de acordo com a renda familiar e localização das suas residências.

4.4.1 Idade

Das 365 adolescentes avaliadas que responderam ao EAT-26, a idade média foi de 14,2 anos com desvio padrão de 1,7 anos, com distribuição das idades ilustrada no gráfico abaixo:

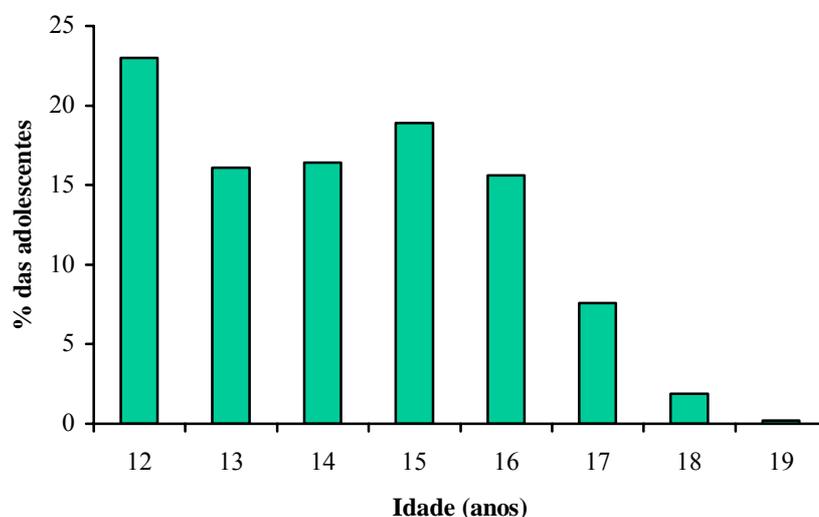


GRÁFICO 1: Idade (anos) das 365 adolescentes que participaram do estudo

4.4.2 Índice de Massa Corporal (IMC)

Os valores de IMC (Kg/m^2), calculados a partir do peso e altura, revelaram que a maioria da amostra (81,7%) encontrou-se dentro do valor médio, ou seja, entre o percentil 5 e 85, de acordo com a classificação de Must; Dallal e Dietz (1991), apresentando a média de $20,4 \text{ Kg/m}^2$ e desvio padrão de $3,1 \text{ Kg/m}^2$. Algumas adolescentes, totalizando 15 (4,1%), apresentaram valor de IMC abaixo do normal (abaixo do P5), classificada com baixo peso ou risco de desnutrição. Também constatamos poucas adolescentes com IMC acima do percentil 85, ou seja, com risco de obesidade, sendo um total de 52 adolescentes (14,2%). O gráfico a seguir ilustra esses resultados:

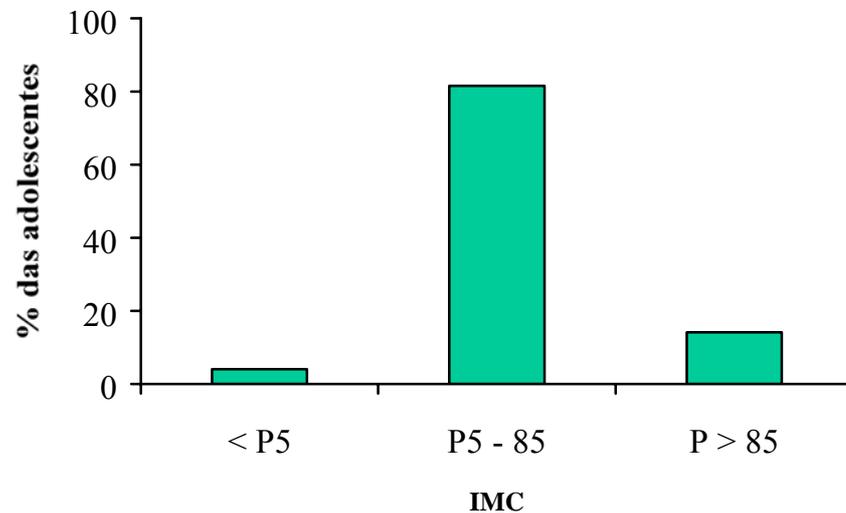


GRÁFICO 2: Classificação do estado nutricional segundo os percentis do IMC das 365 adolescentes avaliadas

4.4.3 Nível socioeconômico

Em relação à situação socioeconômica das famílias das adolescentes estudadas investigadas pela renda familiar (em salários mínimos, SM), obtivemos os seguintes resultados dos 253 pais (69,3%) que forneceram essa informação: 31 deles (12,2%) recebem entre 1 e 5 SM, 83 (32,8%) recebem entre 5 e 10 SM, 73 (28,8%) recebem entre 10 e 15 SM, 19 (7,5%) recebem entre 15 e 20 SM e 47 (18,5%) recebem acima de 20 SM. Portanto, a maioria das famílias (61,6%) tem renda entre 5 e 15 SM, conforme mostra o gráfico abaixo

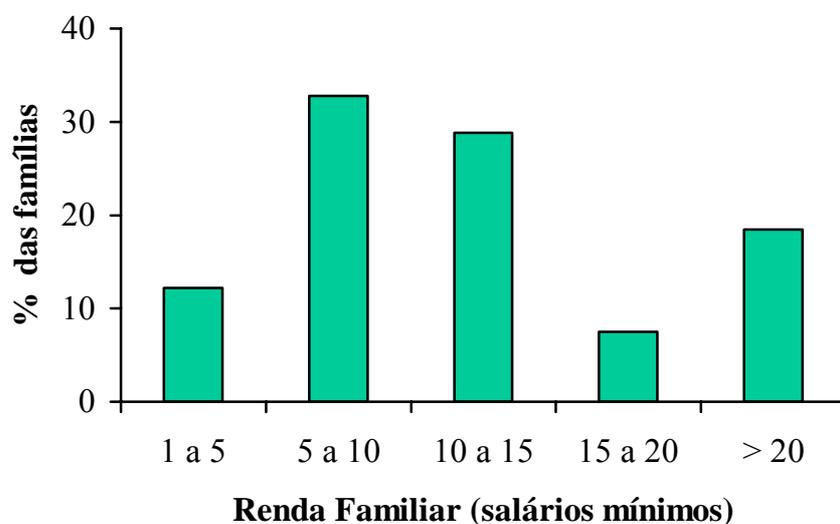


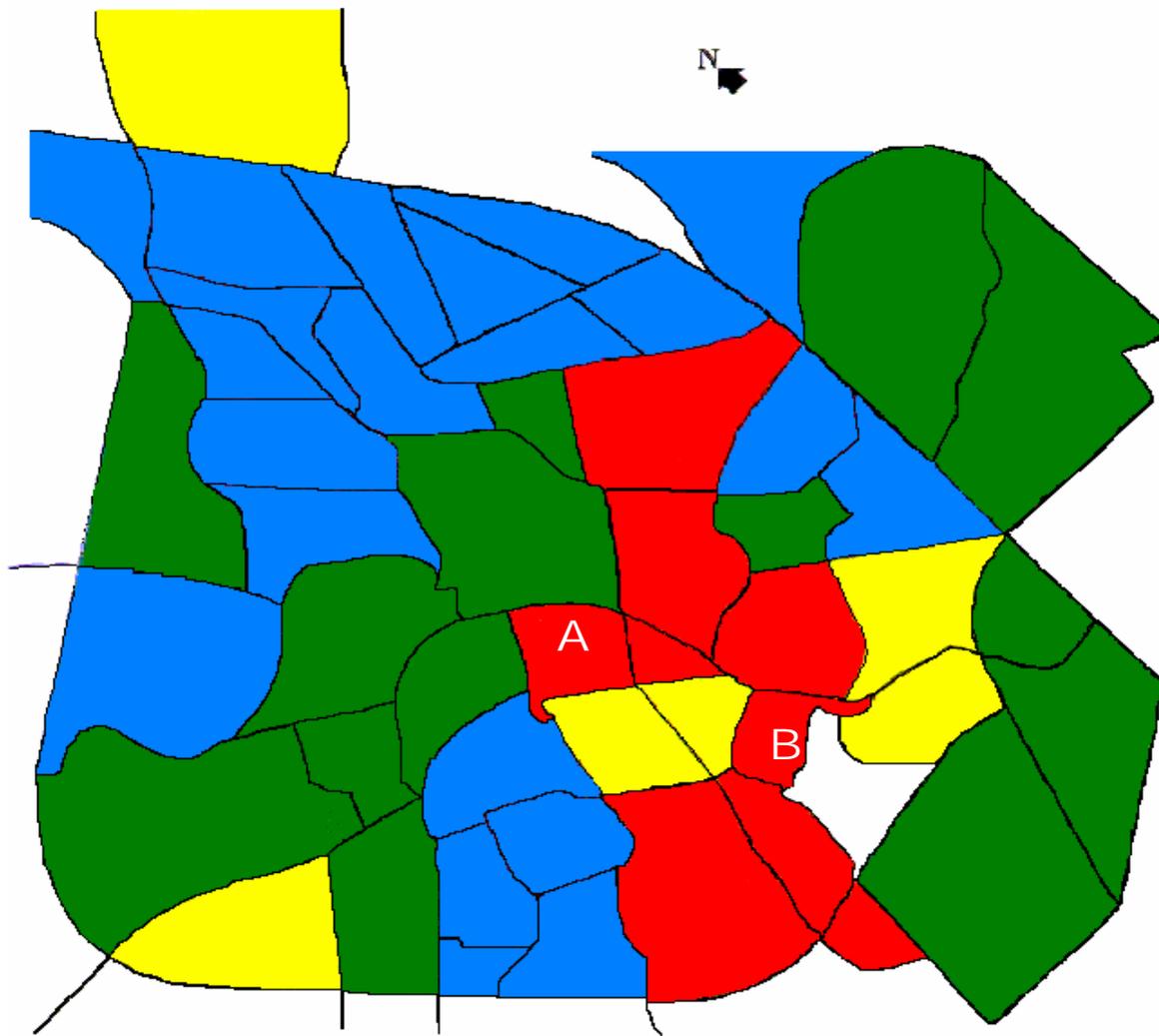
GRÁFICO 3: Distribuição da renda familiar (salários mínimos) das 253 famílias das adolescentes estudadas

Sobre a pergunta que investigava se havia desconto na mensalidade escolar, verificou-se que das 259 (70,9%) respostas dos pais, 220 (84,9%) referiram que as adolescentes recebem desconto na mensalidade escolar, desses casos apenas uma adolescente (0,4%) recebe 30% de desconto, enquanto que o restante (99,5%) recebe 100% de desconto.

Em relação à situação socioeconômica das famílias das adolescentes estudadas, avaliada pelo estrato socioeconômico dos bairros onde elas residem, observou-se que as residências delas estão localizadas em diferentes bairros da cidade, prevalecendo os bairros Campos Elíseos e Jardim Irajá (17 famílias em cada). Vale ressaltar que essa informação foi obtida pela resposta de 254 pais (69,5% da amostra), sendo que 3 adolescentes moram em outras cidades (Bonfim Paulista e Cravinhos).

Ao analisar o estrato socioeconômico dos bairros onde essas adolescentes residem, observou-se que 23 delas (9%) residem em bairros considerados de estrato socioeconômico alto, 61 adolescentes (24%) residem em bairros de estrato socioeconômico médio-alto, 109 adolescentes (42,9%) residem em bairros de estrato socioeconômico médio-baixo e 44 adolescentes (17,3%) residem em bairros de estrato socioeconômico baixo. Prevaleceu assim, adolescentes que residem em bairros de estrato socioeconômico médio-baixo, seguido do médio-alto.

O mapa a seguir mostra a distribuição dos bairros da cidade de Ribeirão Preto segundo o estrato socioeconômico dos mesmos e a localização das escolas (A e B) onde as adolescentes estudadas estão matriculadas. Nota-se que apesar das escolas estarem localizadas em bairros de estrato socioeconômico médio-alto, apenas 24% delas residem nesse estrato.



Alto

Médio - Alto

Médio - Baixo

Baixo

Bairros de estrato sócio-econômico

GRÁFICO 4: Distribuição socioeconômica dos bairros da cidade de Ribeirão Preto e a localização das escolas (A e B) que fizeram parte desse estudo

***4.5 Validação do EAT-26**

4.5.1 Contagem Total do EAT-26

O resultado da contagem total do EAT-26 revelou média de 19,8 pontos e desvio padrão de 10,9 pontos, sendo que uma parcela considerável da amostra (152 adolescentes; 41,6%) apresentou pontuação elevada (acima de 21 pontos) segundo os autores do mesmo (GARNER; GARFINKEL, 1979).

Apresentam-se, neste item, os resultados da análise fatorial e consistência interna (Alfa de Cronbach - α) do instrumento avaliado.

O valor total de α para o EAT-26 foi de 0,82, mostrando-se próximo ao valor de $\alpha=1$, o que é considerado muito satisfatório. Algumas questões do teste, porém, não permaneceram nas suas escalas originais, conforme mostra a tabela a seguir:

TABELA 3: Cargas fatoriais dos 26 itens do EAT em 3 fatores

Item do teste/Escalas	Dieta	Bulimia e Preocupação com os alimentos	Controle Oral
	1	2	3
V1	,468	,614	-,153
V2	,508	,313	8,048E-02
V3	,605	-4,382E-02	,128
V4	,237	,549	-,146
V5	,183	-,115	,154
V6	,702	5,901E-02	8,931E-02
V7	,641	-1,699E-02	5,878E-02
V8	6,167E-02	-3,687E-03	,839
V9	-7,368E-02	,568	6,928E-02
V10	,386	,624	-,105
V11	,500	,568	-,144
V12	,569	,332	-,103
V13	-,131	4,484E-02	,731
V14	,502	,489	-9,098E-02
V15	4,604E-02	-3,455E-02	,347
V16	,619	1,989E-02	2,929E-02
V17	,603	,153	-5,005E-02
V18	,234	,456	8,439E-02
V19	,268	-,437	,150
V20	-1,824E-02	5,744E-02	,825
V21	-,135	,574	8,902E-02
V22	,507	,469	6,539E-02
V23	,572	,439	-,133
V24	,371	,403	-4,778E-02
V25	,258	-6,440E-02	-6,309E-02
V26	-8,152E-02	,582	7,681E-02

Cada valor em negrito representa o maior valor obtido em cada item do EAT-26 (de V1 a V26) apresentado na sua respectiva escala (escala 1: Dieta, 2: Bulimia e Preocupação com os alimentos e 3: Controle Oral).

Os resultados a seguir mostram a análise de cada escala separadamente e seus respectivos valores de α .

A Escala da Dieta (n° 1), na versão original, reflete uma recusa patológica por comidas de alto valor calórico e preocupação intensa com a forma física, compreendendo os seguintes itens:

- 1- Fico apavorada com a idéia de estar engordando.
- 6- Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como
- 7- Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. Pão, arroz, batatas, etc.)
- 10- Sinto-me extremamente culpada depois de comer.
- 11- Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.
- 12- Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.
- 14- Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.
- 16- Evito comer alimentos que contenham açúcar.
- 17- Costumo comer alimentos dietéticos.
- 22- Sinto desconforto após comer doces.
- 23- Faço regimes para emagrecer.
- 24- Gosto de sentir meu estômago vazio.
- 25- Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.

As questões que permaneceram na escala do teste aplicado foram a maioria, sendo elas: 6,7,12,14,16,17,22,23,25, além dos itens de número 2, 3 e 5 que foram incluídos. O valor de α apresentado para essa escala, notoriamente satisfatório, foi igual a 0,79. No entanto, as questões incluídas deveriam permanecer nas suas escalas originais, pois a questão 2, que diz *Evito comer quando estou com fome*, deveria encontrar-se na escala de Controle Oral; a questão 3, que diz *Sinto-me preocupada com os alimentos*, deveria estar localizada na escala de Bulimia e Preocupação com os alimentos; e a questão 5, que diz *Corto os meus alimentos em pequenos pedaços*, deveria estar situada na Escala do Controle Oral. Essas questões, que totalizam 3, correspondendo à minoria, podem não estar sendo bem explicadas ou estar havendo um mal entendimento. Por exemplo, a palavra preocupada, que está na questão 3 (*Sinto-me preocupada com os alimentos*) pode não estar dando o sentido de preocupar-se com o corpo, estar engordando ou modificando com a ingestão de certos alimentos, talvez pode ter o sentido de estar preocupada por outro motivo e não o de engordar. Na questão 5, *cortar os alimentos em pequenos pedaços*, pode talvez não significar deixar de consumi-los ou “enganar” as pessoas de que estaria comendo a mais. A frase da questão de número 2, *evito comer quando estou com fome*, pode não surtir o efeito de que isso faça emagrecer ou outra necessidade semelhante.

Além desses itens incluídos nessa escala, foram excluídos os de nº 1,10,11,24.

Já a Escala da Bulimia e Preocupação com os Alimentos (nº 2), que se refere a episódios de ingestão compulsiva dos alimentos, seguidos de vômitos e outros

comportamentos para evitar o ganho de peso, equivale aos seguintes itens na versão original do teste:

3- Sinto-me preocupada com os alimentos.

4- Continuar a comer com exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.

9- Vomito depois de comer.

18- Sinto que os alimentos controlam minha vida.

21- Passo muito tempo pensando em comer.

26- Sinto vontade de vomitar após as refeições.

Foi constatado, pela análise do teste aplicado na população alvo, que a maioria das questões também permaneceram nesta escala, sendo elas: 4, 9, 18, 21 e 26. Além disso, os itens de número 1, 10, 11, 19 e 24 foram incluídos e o de número 3 foi excluído. O valor de α nesta escala permaneceu satisfatório, ou seja, igual a 0,70. Mas as questões 1, 10, 11, 19 e 24, que retratam respectivamente as seguintes frases: *Fico apavorada (o) com a idéia de estar engordando*, *Sinto-me extremamente culpada (o) depois de comer*, *Preocupo-me com o desejo de ser mais magra (o)*, e *Gosto de sentir meu estômago vazio*, deveriam encontrar-se na Escala da Dieta. Já a questão 19, que também apareceu nessa escala e que diz: *Demonstro auto-controle diante dos alimentos*, deveria estar localizada na Escala do Controle Oral.

Como já comentado, as questões citadas podem não estar sendo bem ilustrativas pelas suas respectivas escalas. As questões que coincidentemente deveriam encontrar-se na Escala da Dieta e não estão, podem estar sendo mal interpretadas ou não ter o significado que a escala admite, sendo elas: questão 1,

ficar apavorada (o) com a idéia de estar engordando, poderia talvez estar mais bem localizada na Escala da Bulimia e Preocupação com os alimentos, na qual a mesma demonstra uma idéia de maior preocupação com o corpo. Na questão 10 talvez a expressão *sentir-se culpada (o) em comer* pode não ter o sentido de que isso causaria um ganho de peso e sim, uma outra conotação. A questão 11, que aborda o *preocupar-me com o desejo de ser mais magra (o)*, pode estar mais bem localizada na Escala da Bulimia e Preocupação com os alimentos, enfocando, assim, a preocupação com o corpo correlacionado com a alimentação. A questão 24 que se refere a *gosto de sentir meu estômago vazio*, pode ser de difícil interpretação, principalmente pelo fato de se utilizar a expressão, estômago vazio; mesmo quando o aplicador faz uma rápida explicação, que provavelmente ela não se mostra suficiente. A questão 19, que deveria estar na Escala do Controle Oral com a frase *Demonstro auto-controle diante dos alimentos*, deve também ter dificultado a interpretação da frase e conseqüentemente seu entendimento, pois a palavra auto-controle traz uma dificuldade em correlacioná-la com alimentação.

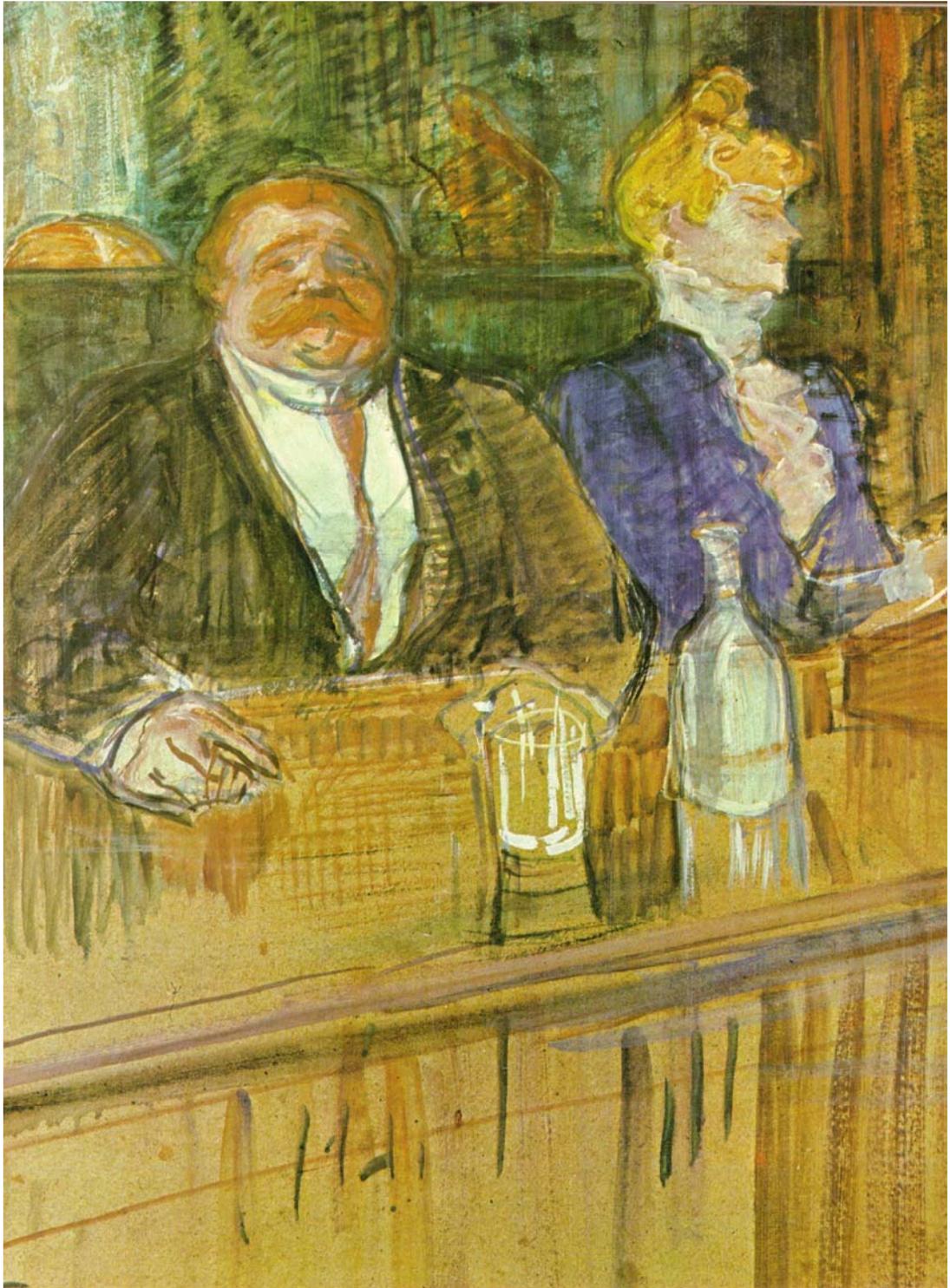
A Escala do Controle Oral (n° 3), que é explicada por demonstrar o auto-controle em relação aos alimentos e reconhece forças sociais no ambiente que estimulam a ingestão alimentar, equivale aos seguintes itens na versão original do teste:

- 2- Evito comer quando estou com fome.
- 5- Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.
- 8- Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.
- 13- As pessoas me acham muito magra.
- 15- Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.

19- Demonstro auto-controle diante dos alimentos.

20- Sinto que os outros me pressionam para comer.

Foi verificado que a maioria dos itens permaneceu na escala, sendo eles: 8, 13, 15 e 20, também mostrando valor significativo para o α na escala, igual a 0,67. As questões 2, 5 e 19, posicionadas nesta escala na versão original do EAT-26, se deslocaram para outras escalas: na Escala da Dieta (questões 2 e 5) e na Escala da Bulimia e Preocupação com os alimentos (questão 19) como já mostrado acima.



No bar: o cliente e a moça anêmica da caixa – Lautrec

DISCUSSÃO

O *Eating Attitudes Test* (EAT) ou Teste de Atitudes Alimentares, desenvolvido por Garner; Garfinkel (1979), é um dos instrumentos mais utilizados atualmente por ser um teste psicométrico utilizado em estudos sobre AN com o objetivo de medir sintomas da síndrome de maneira mais fácil e rápida. Favorece, assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento, evitando a evolução da doença. Esse instrumento foi validado pelos autores, utilizando população feminina do Canadá: pacientes com anorexia nervosa e jovens universitárias sem a história da doença alimentar ou psiquiátrica.

Com o objetivo de padronizar sistemas diagnósticos e escalas para uso em diversos países, faz-se necessário que a versão original do instrumento seja traduzida para o idioma da população na qual será aplicada.

Em geral, testes psicológicos e escalas psiquiátricas são desenvolvidos com linguagem singular e voltados para um determinado contexto cultural. Neste sentido, alguns problemas podem surgir com relação à sua generalização, suas propriedades psicométricas, uso de expressões idiomáticas e interpretações baseadas em escores quando estes instrumentos são utilizados em grupos de pessoas diferentes daqueles para os quais foram originalmente criados. Fatores como linguagem e cultura têm uma influência importante na validade e confiabilidade de tais testes (EDGERTON e KARNO, 1971; CHAN, 1985 apud MICHELI, 2000). Portanto, se determinado instrumento foi desenvolvido para um grupo particular de indivíduos com idioma e cultura específicos, a tradução para um outro idioma requer inúmeros cuidados.

Uma vez feita a tradução, existem poucas garantias de que as propriedades psicométricas do instrumento permaneçam constantes. Neste caso, faz-se necessário

a validação do instrumento para uso na nova população a ser estudada (WESTERMEYER, 1985; PHILLIPS et al., 1991 apud MICHELI, 2000).

Portanto, o objetivo do presente estudo foi traduzir o *Eating Attitudes Test* (EAT-26) para a língua portuguesa e validá-lo, avaliando a sua confiabilidade por meio da consistência interna dos seus itens em uma amostra de adolescentes do sexo feminino, estudantes da rede privada de ensino na cidade de Ribeirão Preto - SP.

O processo de tradução e adaptação de um instrumento é complexo e, em alguns aspectos, necessita inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto. Segundo Streiner et al. (1995) apud Freitas et al. (2001), a busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida deve guiar todo o processo de maneira a evitar formas muitas vezes sutis, de distorção. Atenção ainda maior deve ser dada quando o fenômeno a ser avaliado é subjetivo, como são os fenômenos psicopatológicos.

Freitas et al. (2001), em um estudo feito para a tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica, evidenciaram que as maiores dificuldades na tradução relacionaram-se às formas coloquiais e às expressões idiomáticas empregadas no instrumento original. Esses problemas foram resolvidos por consenso entre os autores, muitas vezes priorizando-se a adaptação à cultura brasileira em detrimento da equivalência semântica.

A tradução de um instrumento pode levar a resultados duvidosos se feita de maneira inadequada do ponto de vista lingüístico e também em relação às expressões comuns, ou não, a vários idiomas e culturas. Esses fatores foram discutidos em trabalhos, avaliando populações sub-desenvolvidas e não-ocidentais na Índia e Paquistão, o que levou ao uso de expressões e conceitos que não têm o mesmo

significado por influências lingüísticas, sociais e religiosas (KING; BHUGRA, 1989).

Nesse sentido, Nunes et al. (1994a) realizaram metodologia cuidadosa na tradução em português do EAT-26, substituindo alguns termos mais apropriados do ponto de vista lingüístico por palavras simples e de fácil entendimento como, por exemplo, comida ao invés de alimentos ou refeições. No entanto, houve modificação na ordem dos itens do teste, organizando-os seqüencialmente conforme cada escala, o que não é recomendado.

Lee et al. (1998) investigaram a prevalência de transtornos alimentares e a relação com a insatisfação com o corpo, disfunção familiar e depressão entre adolescentes femininas da China na cidade de Hong Kong. Um dos maiores obstáculos encontrados neste estudo foi a falta de um trabalho de validação cultural dos instrumentos, especialmente para o estudo de sujeitos de língua não inglesa. Por isso, foi realizado um estudo de validação do EAT-26 em adolescentes femininas chinesas. Algumas questões foram modificadas durante a tradução, devido a algumas diferenças culturais, como por exemplo, os chineses têm o costume de consumir os alimentos com o auxílio de pauzinhos e não de talheres como garfo e faca. Depois disso, o questionário foi aplicado em 294 adolescentes com idade média de 15,87 anos (SD= 1,46 anos), variando de 14 a 19 anos. O IMC teve uma média de 18,09 Kg/m² com SD= 1,17 Kg/m². O α de Cronbach para o EAT-26 foi de 0,75 e considerando o ponto de corte acima de 20 pontos, encontraram 8,42% da amostra.

Segundo estudo feito por Di Nicola (1990) apud Bemporad (1997), a anorexia nervosa é uma “síndrome do marco cultural” em que os sinais e sintomas dos transtornos são refletidos na pressão psicossocial ou, mais certamente, na cultura. No

caso da anorexia nervosa, a idealização de magreza é transmitida por anúncios da mídia ou declarações públicas de personalidades femininas de países mais desenvolvidos que influenciam meninas, ainda adolescentes, no sentido de alcançar desejos e objetivos de um corpo magro, com grande desejo de popularidade ou realização, por meio da negação da fome. A existência destas formas iniciais de transtornos alimentares dão a sensação de que anorexia nervosa é um “camaleão com manifestações clínicas mudando com o tempo, e que nós podemos chamar multiformas de anorexia”.

Em uma investigação realizada por Boyadjieva; Steinhausen (1996) em quatro regiões da Bulgária, observou-se que, sob as previsões socialistas e regimes comunistas, os transtornos alimentares eram considerados tabu porque era postulado que eles existiam apenas em classes burguesas. Contudo, foi feito um levantamento no Leste de Berlin após a queda do muro, evidenciando mudança dos valores e comportamentos da sociedade de todo o Leste Europeu, onde as amostras foram inicialmente coletadas.

Em um estudo posterior a esse feito por Steinhausen; Glanville (1998) apud Boyadjieva; Steinhausen (1996) com base em uma amostra clínica na Bulgária, a média total do EAT aplicado, em comparação com amostras semelhantes no Canadá, mostrou que a maioria dos resultados das populações europeias são relativamente mais baixos. Apesar da dificuldade em explicar esta diferença, há uma clara conclusão de que a adaptação transcultural de cada questionário do EAT requer separação específica pelas normas culturais e também um ponto de corte específico para a identificação de casos clínicos.

King; Bhugra (1989) mostram o comportamento do EAT-26 em adolescentes femininas de escolas indígenas. O teste foi aplicado em 574 adolescentes, não apresentando diferenças entre as idades (variaram de 14 a 23 anos), religião (Hindu, Sikh e outras) e a ocupação dos pais, sendo que 25 deles estavam desempregados. Cinco itens analisados mostraram diferenças nas respostas devido à interpretação sociocultural. Comparados com jovens inglesas e mulheres adultas, as questões 5 e 19 apresentaram dificuldades de interpretação em relação ao comportamento cultural; as questões 17 e 23 apresentaram dificuldades em relação à cultura religiosa (jejum) e a questão 18 apresentou também dificuldades culturais. Nessa amostra, o fator mais importante nas respostas individuais do questionário do EAT foi o fator cultural e lingüístico, pois essas jovens responderam algumas questões interpretando-as pela influência social e religiosa. Notou-se que essas respostas eram claramente diferentes da população de jovens inglesas.

Diante desses comentários, é fundamental considerar que o EAT foi desenvolvido e validado em população canadense e, portanto, deve sofrer cuidadosa tradução para outras culturas a fim de evitar duvidosa interpretação na aplicação do questionário em outros países.

No estudo desenvolvido por nós, consideramos que a tradução e retro- tradução do EAT-26 para a língua portuguesa foram realizadas de maneira cuidadosa e satisfatória conforme o propósito de adaptar este instrumento para a língua portuguesa respeitando os valores socioculturais da população brasileira.

No entanto, em relação à questão lingüística na tradução do EAT-26, a maior dificuldade encontrada ao confrontar as três traduções foi em relação ao tempo verbal da língua inglesa para a portuguesa e algumas palavras traduzidas

diferentemente do inglês para o português. Porém, esse fato foi evidenciado em apenas 4 questões (nº 4, 18, 22 e 25).

A escolha por amostra de adolescentes do sexo feminino neste trabalho se deu pelo fato de que há maior incidência dessa população no início da doença ou já em tratamento, sendo que essa incidência vem aumentando nas últimas décadas.

Segundo Fischer et al. (1995) apud Dunker; Philippi (2003), a incidência de transtornos alimentares praticamente dobrou nestes últimos 20 anos. Especificamente em relação à anorexia nervosa, o número de casos novos por ano teve um aumento constante entre 1955 e 1984 entre adolescentes de 10 a 19 anos. A prevalência de anorexia nervosa varia de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas. Também no mesmo estudo, Castro; Goldenstein (1995) apud Dunker; Philippi (2003), observaram que, entre os 12 e 16 anos, há um aumento na insatisfação com as medidas dos quadris e o emagrecimento torna-se um grande desejo, principalmente em meninas.

Segundo Caradas; Lambert; Charlton (2001), a aplicação do EAT e outros questionários em 228 adolescentes africanas de cinco escolas mostrou que parte significativa da amostra (18,8%) apresentou comportamento alimentar anormal.

Estes achados sugerem que a prevalência destes comportamentos é igualmente comum em meninas do Sul da África e de outros conhecimentos étnicos. Apesar de mulheres brancas sugerirem ótima imagem corporal, ao mesmo tempo, apresentam insatisfação com essa imagem em relação a mulheres mestiças ou negras individualmente.

Em relação à idade, Jones et al. (2001) indicam que os transtornos alimentares estão presentes em 25% das adolescentes escolares de Ontário e 20%

apresentaram idade entre 12 e 14 anos. Ainda, chama a atenção para o trabalho preventivo em escolas, pois quanto antes eles forem realizados, mais facilmente se dará a detecção de casos de doença.

Das estudantes analisadas neste presente estudo na faixa etária entre 12 e 19 anos, a média encontrada para a idade foi de 14 anos, com desvio padrão de 1,7 anos. Essa amostra, avaliada sob o ponto de vista do estado nutricional, utilizando o índice de massa corporal (IMC), mostrou-se eutrófica, cuja média foi de 20,4Kg/m². Isso torna-se importante como característica da população estudada, assegurando a probabilidade da não-existência de casos de transtornos alimentares nessa mesma população.

Buddeberg-Fisher et al. (1996) analisaram adolescentes de ambos os sexos em relação à distribuição do IMC, comportamentos e atitudes alimentares em geral, prevalência do nível de distúrbios alimentares, relacionando sexo, idade, nível socioeconômico, utilizando para isso, o EAT-26. Foram estudados 1944 adolescentes suíços (1115 femininos e 829 masculinos) com idade de 14 a 19 anos (média= 16 anos e SD= 1,5 anos), oriundos de 110 classes de escolas públicas de alto padrão. O estrato socioeconômico foi definido pela posição social dos pais, dos quais 12% eram de classe-baixa, 13%, de classe média-baixa, 33%, de classe média e 42%, de classe média-alta. O EAT-26 foi aplicado na versão alemã, apresentando o α de Cronbach de 0,61. O IMC em adolescentes do sexo feminino apresentou média de 20,8Kg/m² (SD= 2,6 Kg/m²) e em adolescentes do sexo masculino, 20,6Kg/m² (SD= 2,6Kg/m²). Os valores da aplicação do EAT-26 para o sexo feminino mostraram que 77,5% não apresentaram riscos de transtornos alimentares, 14,1% apresentaram baixo risco e 8,3% apresentaram alto risco. Para o sexo masculino, 93% não apresentaram risco

para transtornos alimentares, 5,5% apresentaram baixo risco e 1,5% apresentaram alto risco. A relação entre o IMC/EAT mostrou que mais da metade das adolescentes femininas e 2/3 dos adolescentes masculinos apresentaram resultados desses parâmetros normais. Comparando a distribuição do resultado total do EAT, é evidente que adolescentes femininas encontram-se com maior risco para desenvolverem algum transtorno alimentar (AN ou BN) do que adolescentes do sexo masculino. Esses resultados mostram que o EAT pode ser bem utilizado em classes escolares, sendo que esse projeto é designado como estudo de intervenção e controle, pois auxiliará em apontar a importância dessa prevenção, evitando possíveis quadros dessas doenças ou um provável pré-diagnóstico, facilitando uma evolução melhor para cura.

Em nosso estudo, houve a preocupação de caracterizar a população investigada quanto ao nível socioeconômico, além da escolha de escolas privadas como local de estudo das adolescentes. Isso porque há relatos na literatura que os transtornos alimentares ocorrem em jovens de situação socioeconômica privilegiada (HALMI, 1974). Além disso, os aspectos culturais em estudos desenvolvidos em diferentes países deve ser considerado.

Em outro estudo de Ruggiero et al. (1999), tendo como objetivo mostrar a diferença social entre o Sul e o Norte da Itália, o EAT foi aplicado em meninas estudantes de escolas privadas. Ambos os resultados foram altos em relação a outros estudos na Europa, contudo, há significativa diferença nos escores entre os dois grupos. O resultado pode ser devido a uma amostra limitada por estudar apenas dois grupos, mas pode também indicar que o EAT não se presta para indicar diferenças culturais dentro até de um mesmo país.

Também, Lee et al. (1998) aplicaram o EAT-26 na Coréia, utilizando para o estudo 1249 meninos e 1813 meninas. Observaram que, em comparação a outros países, houve relação similar entre os traços alimentares, relatos demográficos e outras características, sugerindo, dessa forma, que mudanças em diversos aspectos têm aumentado o risco de desenvolvimento de transtornos alimentares naquele país, sendo uma causa para o suporte sociocultural em transtornos alimentares.

No presente estudo, a avaliação do nível socioeconômico da população estudada mostra que a maioria dos pais ou familiares das adolescentes (61,6%) apresenta valor médio da renda econômica mensal entre 5 e 15 salários mínimos. Em relação à localização do bairro em que residem, prevalecem no estrato socioeconômico médio-baixo da cidade (42,9%) seguido do médio-alto (24%) e a maioria das adolescentes (84,9%) recebe desconto quase integral na mensalidade escolar.

Diante desses resultados, concluímos que essa população não se caracterizou como de nível socioeconômico elevado na sua totalidade, conforme previa-se, quando optamos por escolher adolescentes matriculadas em escolas particulares.

Em relação a este aspecto, o fato de elas estudarem em escolas privadas parece não ter refletido no nível socioeconômico esperado, não sendo, assim, um bom indicador. Talvez, as meninas de níveis socioeconômicos mais baixos devem ter acesso à escola privada por obterem desconto na mensalidade escolar, outros familiares custeando os estudos (avós e tios) ou os próprios pais serem funcionários da escola. Também a própria aluna pode pagar a sua mensalidade escolar, sendo funcionária da escola ou por realizar outro tipo de trabalho remunerado.

Em relação à contagem total do EAT-26, houve uma média de 19,8 pontos, o que é considerado um valor abaixo de risco ou que pode pré-diagnosticar um quadro de transtorno alimentar, quando a pontuação é de 21 pontos ou mais (GARNER; GARFINKEL, 1979).

Em uma validação realizada por Raciti; Norcross (1987), foi aplicado o EAT-40 em 436 adolescentes americanas de escolas privadas com idade média de 18 anos (SD= 0,78 anos). Com um ponto de corte em 30 pontos, os resultados mostram que 12% das adolescentes apresentaram resultados acima ou igual a esse valor.

Em países desenvolvidos e ocidentais como a Inglaterra e Suíça, a porcentagem de EAT positivo, utilizando o ponto de corte 20/21 pontos, variou de 6,9 a 8,3% (MANN et al., 1983; BUDDEBERG-FISCHER et al., 1996; JOHNSON-SABINE et al., 1998). Já nos países em desenvolvimento, observa-se parâmetros mais elevados de EAT positivo: 13,7% no Brasil (NUNES et al., 1994a), 14,1% na África (OYEWUMI; KAZARIAN, 1992), 29% em Israel (KOSLOWSKY et al., 1992), 27 e 29% na Índia (SJOSTEDT; SCHUMAKER; NATHAWAT, 1997; KING; BHUGRA, 1989).

Todos esses resultados foram obtidos com o ponto de corte 20/21 pontos, pois em nenhum estudo realizou-se a validação do instrumento para definir um ponto de corte específico para as populações investigadas.

Oyewumi; Kazarian (1992) analisaram o comportamento anormal característico nos transtornos alimentares em um grupo de 644 jovens nigerianas, distribuídas da seguinte forma: 194 adolescentes de escolas de alto padrão, 120 adolescentes de colégios educacionais e 330 universitárias. Foram medidos peso e altura e o ponto de corte foi definido em 20 pontos, mas não houve validação do teste

nessa população. Diante disso, 14,1% da amostra apresentou comportamento alimentar anormal, sendo que em escolas de alto padrão o índice foi de 18,6%; em universitárias, 9,1% e em colégios educacionais, 21,2%. A diferença dos valores entre os grupos foi estatisticamente significativa. A idade da amostra foi heterogênea: 17 anos em escolas de alto padrão; 22 anos em universitárias e 25 anos daquelas dos colégios educacionais.

Em outra pesquisa realizada por Johnson-Sabine et al. (1988) em oito escolas do norte e sul de Londres, eles observaram que de 1010 estudantes femininas que responderam o questionário do EAT-26, apenas 8,2% (n= 83) apresentaram EAT positivo, ou seja, com pontuação acima de 20 pontos.

Em relação ao presente estudo, das 365 adolescentes analisadas, 152 apresentaram resultado do EAT-26 maior que 21 pontos, ou seja, 41,6% da amostra apresenta risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, o que nos parece um alto índice quando comparado com os estudos já citados.

Quanto à validação do EAT-26, os resultados encontrados na análise fatorial e consistência interna do teste foram muito satisfatórios com valor de α de 0,82.

A validade de um construto reflete a habilidade de um instrumento de medir um conceito abstrato ou construto. Refere-se a uma ampla abordagem de variedades que são utilizadas quando o que se quer medir é algum atributo ou qualidade que não é definido operacionalmente, ou seja, um construto hipotético é mais do que algo que possa ser prontamente observável. A validade de construto de um instrumento indica se ele efetivamente mede um conceito teórico específico (MICHELI, 2000).

Das três escalas que constituem o instrumento: (Escala 1: Dieta; Escala 2: Bulimia e Preocupação com os alimentos e Escala 3: Controle Oral), oito itens

(30,7%) não permaneceram nas suas escalas originais pela análise fatorial e consistência interna, acreditando-se que eles não estão sendo bem interpretados nessas escalas. Na Escala da Dieta, em sua versão original há 13 itens, porém 4 foram excluídos. Na Escala da Bulimia e Preocupação com os alimentos, constam 6 itens em sua versão original, sendo que apenas 1 deles foi excluído. Já na Escala do Controle Oral, dos 7 itens da versão original, 3 foram excluídos.

No entanto, a maioria dos itens do EAT-26 (18 itens; 69,2%) permaneceu nos seus devidos fatores. Este resultado é de grande valia para este estudo, pois significa que eles estão sendo bem explicados por suas respectivas escalas. Como já comentado anteriormente, há poucos estudos referentes à validação do EAT-26 e devido a isso, é de grande importância que novas pesquisas sejam realizadas em cada cultura onde ele é utilizado.

O primeiro estudo com o EAT realizado por Garner; Garfinkel (1979) teve como objetivo desenvolver e validar as escalas do teste constando de 40 questões para que este pudesse ser útil em analisar uma série de comportamentos e atitudes alimentares suspeitos de anorexia nervosa. A validação inicial do EAT-40 foi realizada com 2 grupos: um com 32 pacientes do sexo feminino portadoras de anorexia nervosa e o outro grupo, com 34 universitárias normais. A idade média delas foi de 18,4 anos. O grupo de pacientes apresentou resultado para o EAT maior do que o grupo de universitárias. Um componente essencial para o teste ser validado é usar uma amostra independente das que foram selecionadas para os itens. Por esta razão, o EAT foi administrado em uma amostra independente, constando de 33 adolescentes portadoras de anorexia nervosa e 59 universitárias normais. O α de Cronbach foi de 0,87, revelando-se um bom valor para o teste. Por fim, o coeficiente

de alfa foi analisado para obter uma medida de consistência interna para estimar a influência de possíveis erros de amostras. Considerando todas as amostras analisadas, o α de Cronbach foi de 0,94, sendo que estes resultados mostraram-se bastante satisfatórios para a versão abreviada do teste (EAT-26), demonstrando alto grau de confiabilidade interna.

Garner et al. (1982) propuseram um estudo no qual se descrevem a análise fatorial do EAT em grande amostra de pacientes com anorexia nervosa para determinar o grupo de itens que estavam associados a falhas clínicas e de personalidade. Foram analisadas 160 pacientes femininas com anorexia nervosa em vários estágios da doença e idade média de 21,5 anos (SD= 5,4 anos) e 140 meninas universitárias de 1° e 2° anos de psicologia, sendo o grupo controle, cuja idade média era de 20,3 anos (SD= 2,7anos). O EAT foi analisado em 2 estágios: primeiro, foi efetuada a análise fatorial, seguida da análise de correlação do total de escalas dos fatores clínicos e outras variáveis psicométricas. Na análise fatorial, dos 40 itens do EAT-40 aplicados no questionário para 160 pacientes com anorexia nervosa, 14 itens não apresentaram nenhuma carga fatorial, 4 itens apresentaram cargas proporcionais às escalas da Dieta e Bulimia e Preocupação com os alimentos e os outros itens estavam retidos apenas na escala da Dieta. Os 14 itens sem cargas das três escalas foram eliminados, levando a uma nova versão de 26 itens que era incluída na análise de correlação, pois eles verificaram que nessas análises, os itens tendiam a acumular-se em 3 fatores.

Assim, foi feita a comparação entre as duas versões do EAT (40 e 26 itens), considerando para o EAT-40 o ponto de corte com valor de 30 pontos e para o EAT-26, 20 pontos. Observou-se que houve similar relação entre grupos de pacientes com

anorexia nervosa e grupo controle. A correlação da análise do EAT-26 em relação à escala da Dieta foi de 0,93, da escala da Bulimia e Preocupação com os alimentos foi de 0,64 e da escala do Controle Oral foi de 0,60, com valor de α de 0,90 para o grupo de pacientes com anorexia nervosa.

Desde então, o EAT tem sido validado em pacientes anoréxicas de outras nacionalidades, sendo útil para identificar transtornos alimentares em amostras de sujeitos normais. Portanto, o EAT-26 pode indicar a presença de sintomas comuns da anorexia nervosa, como tinha sido previsto, mas não é apropriado para diagnosticar casos de transtornos alimentares em sujeitos normais (GARNER; GARFINKEL, 1980).

Koslowisky et al. (1992) realizaram estudo com o objetivo de determinar a validação e os atributos psicométricos da versão menor do EAT (26 itens) em população saudável, utilizando-o em 809 soldados do sexo feminino selecionados ao acaso, com idade entre 18 e 19 anos. Apenas um caso de anorexia nervosa foi diagnosticado e 85% da amostra apresentou peso normal. Quanto à análise de confiabilidade e consistência interna, o α de Cronbach foi de 0,83. Portanto, os autores concluíram, nesta grande análise, que o teste é adequado em relação à medida da dimensão dos fatores de atitudes alimentares, apresentando critérios de validação bastante satisfatórios.

Dolan; Lacey; Evans (1990), mediram e compararam atitudes alimentares e comportamentos, assim como sentimentos em relação ao peso e o corpo em três grupos étnicos. Foram analisadas 479 mulheres distribuídas em 70,6% da raça branca, 13,7% de mestiças, 8,3% de asiáticas e 7,4% de outros grupos étnicos. O trabalho foi dividido em três fases: na primeira, foram investigadas informações

sobre idade (média= 28,2 anos), estado civil (55% eram solteiras), peso e altura (a maioria apresentou-se saudável). Na segunda fase, foi feita aplicação do EAT-26 e outros questionários, considerando o ponto de corte de 20 pontos. Na terceira fase, a análise estatística encontrou α de Cronbach igual a 0,87 nas mulheres brancas, 0,71 nas mestiças e 0,87 nas asiáticas. Apesar de não haverem diferenças estatísticas para os valores de alfa em relação às raças, este instrumento foi considerado um bom teste para ser aplicado na população.

Ao analisarmos a aplicação do EAT-26 nesta presente pesquisa, obtivemos como resultado da confiabilidade e consistência interna valor de Alfa de Cronbach igual a 0,82, considerado apropriado para a utilização do mesmo na população brasileira. Em comparação a outros estudos citados anteriormente, os nossos resultados mostraram-se muito satisfatórios e até mais elevados do que outros.

Segundo relatos de Nunes et al. (1994b), existe uma tendência atual na psiquiatria, em estudos epidemiológicos, ao emprego de instrumentos que, de fácil manuseio, possam ser adequadamente respondidos e forneça o maior número de informações possíveis.

Esse tipo de pesquisa de validação, com um instrumento já testado e aplicado em diversas amostras populacionais, permitem menor número de erros estatísticos e/ou de interpretações.

O Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) preenche esses requisitos e tem sido utilizado tanto em culturas ocidentais, como em cultural orientais, com diferentes níveis de desenvolvimento (Estados Unidos, Canadá, Europa, Índia, Paquistão e China).

Ortega et al. (1995) apud Dunker; Philippi (2003) consideraram também que o EAT é um teste validado e confiável em indivíduos com AN, que permite menores erros estatísticos e possibilita comparações transculturais em relação às condutas alimentares das populações estudadas. Entretanto, por causa da grande variabilidade de valores, para se obter resultados mais adequados, o instrumento deve sempre ser adaptado às atitudes e hábitos dos diversos grupos culturais.

Vale a pena ressaltar que a incidência de transtornos alimentares em adolescentes, principalmente no sexo feminino, vem aumentando e, por isso, ações preventivas devem merecer a atenção de pais, educadores, clínicos e pesquisadores.

Da mesma maneira que a validação do EAT-26 foi bastante adequada, neste estudo, assegurando a sua utilização na população brasileira de forma confiável, faz-se necessário adaptar outros instrumentos ou mesmo construí-los por técnicas, análises estatística e psicométrica para serem válidos e fidedignos para a realidade brasileira.



Retrato da senhorita Dobigny – Degas

CONCLUSÕES

- A tradução e a retro-tradução do questionário EAT-26 para a língua portuguesa apresentaram adequada adaptação semântica e propriedades psicométricas com elevados índices de validade e confiabilidade.
- Das 365 adolescentes avaliadas com idade média de 14,2 anos, o IMC estava normal na maioria delas (81,7%). A caracterização socioeconômica das famílias revelou que 61,6% dos pais apresentam renda familiar mensal entre 5 e 15 salários mínimos e praticamente todas as adolescentes (84,9%) recebem desconto na mensalidade escolar. Apesar do campo de estudo ser duas escolas privadas, 42,9% da amostra reside em bairros cujo estrato socioeconômico é considerado de nível médio-baixo.
- A contagem total do EAT-26 teve média de 19,8 pontos, com pontuação elevada (> que 21 pontos) em 41,6% das respostas.
- O EAT-26 apresentou valores muito satisfatórios no que diz respeito a sua validação: a análise fatorial e consistência interna do instrumento apresentaram $\alpha=0,82$, com poucos itens do teste (30,7%) não permanecendo nas suas escalas originais.

- O questionário EAT-26, após este estudo, apresenta ótimas condições para ser aplicado em adolescentes, que são consideradas grupo de risco para desenvolverem transtornos alimentares, além de ser de grande valia para triar possíveis casos de anorexia e bulimia nervosas, prevenindo ou apresentando maiores chances para uma boa evolução no tratamento dessas doenças quando diagnosticadas.



Condessa A. de Toulouse-Lautrec no café da manhã em Malromé – Toulouse-Lautrec

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em toda a trajetória realizada durante este estudo, o que mais nos inquietava em busca da tradução e validação desse instrumento (EAT-26) era justamente o intenso uso do mesmo sem que tivesse sido analisado de forma mais adequada e aprofundada como realizamos aqui.

Segundo Pasquali et al. (1999), apesar de muitos problemas que ainda existem na teoria da medida em ciências sociais e do comportamento, o uso de escalas, especialmente em Psicologia Social e da Personalidade, apesar de apresentar uma história de mais de meio século, é ainda muito difundido. Esta ocorrência não pode ser considerada fortuita, mas deve preceder do fato de que as medidas escalares são capazes de produzir conhecimento válido nas ciências do comportamento. As várias técnicas apresentadas (Likert, Thurstone, Guttman, etc.) têm apresentado razoável consistência, tanto em sua estrutura interna quanto nos resultados obtidos através delas. Todas essas técnicas, na verdade, oferecem procedimentos estatísticos que permitem avaliar essa consistência interna.

Quanto à consistência dos resultados que produzem, a situação das escalas existentes e as próprias técnicas propostas para a sua construção não aparecem ainda como empolgantes. É possível, e quiçá provável, que este fenômeno se deva em grande parte à falta de definição mais precisa destas mesmas técnicas quanto aos procedimentos teóricos mais envolvidos na elaboração dos instrumentos.

Há uma preocupação grande, e louvável, referente à adequação dos procedimentos estatísticos, mas estes não dão dicas fundamentais quanto ao verdadeiro problema da escala, que é a construção de um instrumento válido, isto é, que de fato esteja medindo algo psicologicamente relevante. Sem uma boa teoria

psicológica que a fundamente, a escala pode até parecer estatisticamente perfeita e consistente, mas medindo nada de relevante ou medindo algo desconhecido.

Essas facetas são de grande valia para a conscientização e reflexão dos profissionais atuantes nessa área, mostrando a importância e o cuidado que deve ser tomado ao elaborar e também validar um instrumento.

Cabe aqui ressaltar que encontramos algumas dificuldades no desenvolvimento dessa investigação quando não conseguimos, por exemplo, aplicar o questionário em número maior de escolas privadas. Outro resultado que nos surpreendeu foi o nível socioeconômico médio-baixo da maioria das adolescentes, caracterizado pelo bairro em que residem, renda familiar e desconto da mensalidade escolar. Esse fato limita a comparação com dados da literatura e aponta para a importância de futuros estudos que empreguem metodologia mais segura para determinar a classe social desejada. No entanto, independente deste fator, a validação do EAT-26 apresentou resultados muito satisfatórios e, assim, ótima condição de ser utilizado em adolescentes.

Diante da gravidade dos transtornos alimentares, seria desejável que programas preventivos fossem estruturados, de modo que os serviços de saúde, educação, trabalho e lazer pudessem ser atingidos com ações planejadas de forma mais consistente. Nesse contexto, poderiam ser elaboradas atividades de caráter mais informativo dessas doenças pelos meios de comunicação e até a provável aplicação de rotina do questionário EAT-26 nas escolas públicas e privadas para auxiliarem no pré-diagnóstico dessas doenças.

Acreditamos que propostas como estas são fundamentais nessa área, possibilitando gerar novos horizontes na compreensão dessa temática, transmitindo

conhecimentos aos adolescentes, familiares, educadores e profissionais com a finalidade de diminuirmos a atual incidência, com a prevenção de possíveis casos dessas doenças e concomitante qualidade do tratamento para prognóstico mais favorável.



No café - Manet

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, 1994.

BEMPORAD, J. R. Cultural and historical aspects of eating disorders. **Theor Med**, Boston, v. 18, n. 4, p. 400-420, 1997.

BEUMONT, P. J. V. The history of eating dieting disorders. **Clin Appl Nutr**, Los Angeles, v. 1, n. 2, p. 9-20, 1991.

BELL, R. **Holy anorexia**. Chicago: University of Chicago Press, 1985.

BIRTHE, K. E; KNUT, A. H. The dimensionality of 12-item version of the Eating Attitudes Test. Confirmatory factor analyses. **Scand J Psychol**, Stockholm, v. 40, p. 293-300, 1990.

BOYADJIEVA, S; STEINHAUSEN, H. C. The Eating Attitudes Test and the Disorders Inventory in four Bulgarian clinical and nonclinical samples. **Int J Eat Disord**, New York, v. 19, n. 1, p. 93-98, 1996.

BRUCH, H. B. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. **Psychol Med**, London, v. 24, p. 187-194, 1962.

BUDDEBERG-FISCHER, B.; BERNET, R.; SIEBER, M.; SCHMID, J.;
BUDDEBERG, C. Epidemiology of eating behaviour and weight distribution in 14- to 19-year-old Swiss students. **Acta Psychiatr Scand**, Copenhagen, v. 93, n. 4, p. 296-304, 1996.

CARADAS, A. A.; LAMBERT, E. V.; CHARLTON, K. E. An ethnic comparison of eating attitudes and association body image in adolescents South African schoolgirls.

J Hum Nutr Diet, Oxford, v. 14, n. 2, p. 111-120, 2001.

CASPER, R. C. On the emergence of bulimic nervosa as a syndrome: a historical view. **Int J Eat Disord**, New York, v. 2, p. 3-16, 1983.

CRISP, A. H.; PALMER, R. L.; KALUCY, R. S. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. **Br J Psychiatry**, London, v. 128, p. 549-554, 1976.

DOLAN, B.; LACEY, J. H.; EVANS, C. Eg behaviour and attitudes to weight and shape in British women from three ethnic groups. **Br J Psychol**, London, v. 157, p. 523-528, 1990.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Rev Nutr Campinas**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003.

EISLER, I.; SZMUKLER, G. I. Social class a confounding variable in the Eating Attitudes Test. **J Psychiatr Rev**, London, v. 19, n. 2/3, p. 171-176, 1985.

EMBORG, C. Mortality and causes of death in patients with eating disorders in Denmark, 1979-1993. **Ugeshr Laeger**, Copenhagen, v. 163, n. 25, p. 3476-3480, 2001.

FREITAS, S.; LOPES, C. S.; COUTINHO, W.; APPOLINÁRIO, J. C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: an index of the symptom of anorexia nervosa. **Psychol Med**, London, v. 9, n. 2, p. 273-279, 1979.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. **Psychol Med**, London, v. 10, n. 4, p. 647-656, 1980.

GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P.; BOHR, Y.; GARFINKEL, P. A. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlations. **Psychol Med**, London, v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982.

GARNER, D. M.; OLMSTED, M. P.; POLIVY, J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. **Int J Eat Disord**, New York, v. 2, p. 15-34, 1983.

GUERRO, P. D.; BARJAU, R. J. M.; CHINCHILLA, M. A. The epidemiology of eating disorders and the influence of mass media: a literature review. **Actas Esp Psiquiatr**, Madrid, v. 29, n. 6, p. 403-410, 2001.

HABERMAS, T. The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. **Int J Eat Disord**, New York, v. 29, n. 6, p. 403-410, 1989.

HALL, A . Family structure and relationship of 50 female anorexia nervosa patients. **Aust N Z J Psychiatry**, Victoria, v. 12, n. 4, p. 263-268, 1978.

HALMI, K. A. Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. **Psychol Med**, New York, v. 36, n. 1, p. 18-26, 1974.

HARRISON, G. P.; RICHARD, F.; CHAMPOUX, B. S.; JAMES, I.; HUDSON, M. D. Eating Disorder and socioeconomic class anorexia nervosa and bulimia in nine communities. **J Nerv Ment Dis**, Baltimore, v. 175, n. 10, p. 620-623, 1987.

HERZOG, D. B.; COPELAND, P. M. Eating disorders. **N Engl J Med**, Boston, v. 313, n. 5, p. 295-303, 1985.

HOEK, H. M. Review of the epidemiological studies of eating disorders. **Int Rev Psychiatry**, Oxfordshire, v. 5, p. 61-74, 1993.

JOHNSON-SABINE, E.; WOOD, K.; PATTON, G.; MANN, A.; WAKELING, A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – prospective study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. **Psychol Med**, London, v. 18, n. 3, p. 615-622, 1988.

JONES, J. M.; BENNETT, S.; OLMSTED, M. P.; LAWSON, M. L.; RODIN, G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: school – based study. **CMAJ**, Ottawa, v. 165, n. 5, p. 547-552, 2001.

KING, M. B.; BHUGRA, D. Eating disorders: lessons from a cross-cultural study. **Psychol Med**, London, v. 19, n. 4, p. 955-958, 1989.

KOSLOWSKY, M.; SCHEINBERG, Z.; BLEICH, A.; MARK, M.; APTER, A.; DANON, Y.; SOLOMON, Z. The factors structure and criterion validity of the short form of the Eating Attitudes Test. **J Pers Assess**, Burbank, v. 58, n. 1, p. 27-35, 1992.

LASÈGUE, C. On historical anorexia. **Med Times Gaz**, New York, v. 6, p. 265-266, 1873.

LEE, Y. H.; RHEE, M. K.; PARK, S. H.; SOHN, C. H.; CHUNG, V. C.; HONG, S. K.; CHANG, L. B. P.; YOON, A. R. Epidemiology of eating disordered symptoms in the Korean general population using a Korean version of the Eating Attitudes Test. **Eat Weight Disord**, Milão, v. 3., n. 4, p. 153-161, 1998.

LILES, E. G.; WOODS, S. C. Anorexia nervosa as viable behaviour: extreme self-deprivation in historical context. **Hist Psychiatry**, Washington, v. 39, n. 2, p. 205-225, 1999.

LUCAS, A. R.; BEARD, C. M.; O'FALLON, W. N.; KURLAND, L. T. 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: population – based – study. **Am J Psychiatry**, Hanover, v. 148, n. 7, p. 917-922, 1991.

MANN, A. H.; WOOD, W. K.; MONCK, E.; DOBBS, R.; SZMUKLER, G. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in a unselected

population of 15-year old schoolgirls. **Psychol Med**, London, v. 13, n. 3, p. 573-580, 1983.

MICHELI, D. **Uso de drogas por adolescentes: adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial**, 2000. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000.

MINTZ, L. B.; O'HALLORAN, M. S. The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV Eating Disorder Criteria. **J Person Assess**, Burbank, v. 74, n. 3, p. 489-503, 2000.

MONTEIRO, S. P. C.; SANTOS, J. E.; PESSA, R. P. Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia. **Rev Bras Med**, Rio de Janeiro, v. 47, p. 155-169, 1990.

MUST, A.; DALLAL, G. E.; DIETZ, W. H. Reference data for obesity: 85th and percentiles of Body Mass Index. **Am J Clin Nutr**, Bethesda, v. 53, n. 4, p. 839-846, 1991.

NAKAMURA, K.; HOSHINO, Y.; WATANABE, A.; HONDA, K.; NIWA, S.; TOMINAGA, S. S.; YAMAMOTO, M. Eating problems in female Japanese high school students: a prevalence study. **Int Eat Disord**, New York, v. 26, n. 1, p. 91-95, 1999.

NAKAYAMA, T.; NOZOE, S. Anorexia nervosa – epidemiology, cause, therapy, outcome. **Nippon Rinsho**, Osaka, v. 59, n. 3, p. 534-539, 2001.

NASSER, M. The inventory of the Eating Attitude Test in a non-Western population. **Acta Psychol**, Amsterdam, v. 73, n. 1, p. 109-110, 1986.

NEMIAH, J. C. Anorexia nervosa. **Am J Dig**, New York, v. 3, p. 249, 1958.

NOBAKHT, M.; DEZHAM, M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. **Int J Eat Disord**, New York, v. 28, n. 3, p. 265-271, 2000.

NUNES, B. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System**, 2000. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2000.

NUNES, M. A. A.; BAGATINI, L. F.; ABUCHAIM, A. L. G.; ALBANESE, M. T.; KUNTZ, A.; NUNES, M. L. T.; RAMOS, D. C.; SOMENZI, L.; SILVA, J. A. Z.; PINHEIRO, A. P. O teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) em adolescentes de Porto Alegre. **Arq Psicol Psicoter**, v. 1, n. 1, p.133-136, 1994a.

NUNES, M. A. A.; BAGATINI, L. F.; ABUCHAIM, A. L.; KUNTZ, A.; RAMOS, D.; SILVA, J. A.; SOMENZI, L.; PINHEIRO, A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). **Rev ABP-APAL**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-10, 1994b.

NUNES, M. A. A.; ABUCHAIM, A. L. G. Anorexia nervosa parte I: quadro clínico, critérios diagnósticos e etiologia. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v.44, p.5-9, 1995.

NUNES, M. A. A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W. (Eds). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OYEWUMI, L. K.; KAZARIAN, S. S. Abnormal eating attitudes among a group of nigerian youths: II Anorexic behaviour. **East Afr Med J**, Nairobi, v. 69, n. 12, p. 667-669, 1992.

PASQUALI L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPam)/Instituto Brasileiro de Avaliação e Pesquisa em Psicologia (IBAPP), 1999.

PYLE, R. L. The epidemiology of eating disorders. **Pediatrician**, New York, v. 12, n. 2/3, p. 102-109, 1983-85.

RACITI, M. C.; NORCROSS, J. C. The EAT and EDI: screening, interrelationships, and psychometrics. **Int J Eat Disord**, New York, v. 6, n. 4, p. 579-586, 1987.

RIBEIRO, R. P. P.; SANTOS, P. C. M.; SANTOS, J. E. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosa. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 45-53, 1998.

RIBEIRO, R. P. P. **Indicadores de hábitos dietéticos e aspectos cognitivos e comportamentais relacionados aos distúrbios da conduta alimentar em adolescentes do sexo feminino**, 1999. 98 f. Tese (Doutorado em Neurologia, Psiquiatria e Psicologia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1999.

RUGGIERO, G. M.; MANTERO, M.; ASTI, M.; AGOSTINELLI, M. L.; CASACCIO, F.; GARGHENTINI, P. G.; GOZZINI, C.; ZITA, G.; PENATI, G. Eating Attitudes Test and culture: a study in northern and southern Italy. **Eat Weight Disord**, Milão, v. 4, n. 2, p. 88-94, 1999.

RUSSELL, G. F. M. Bulimia nervosa: an ominous variant of Anorexia nervosa. **Psychol Med**, New York, v.9, p.429-448, 1979.

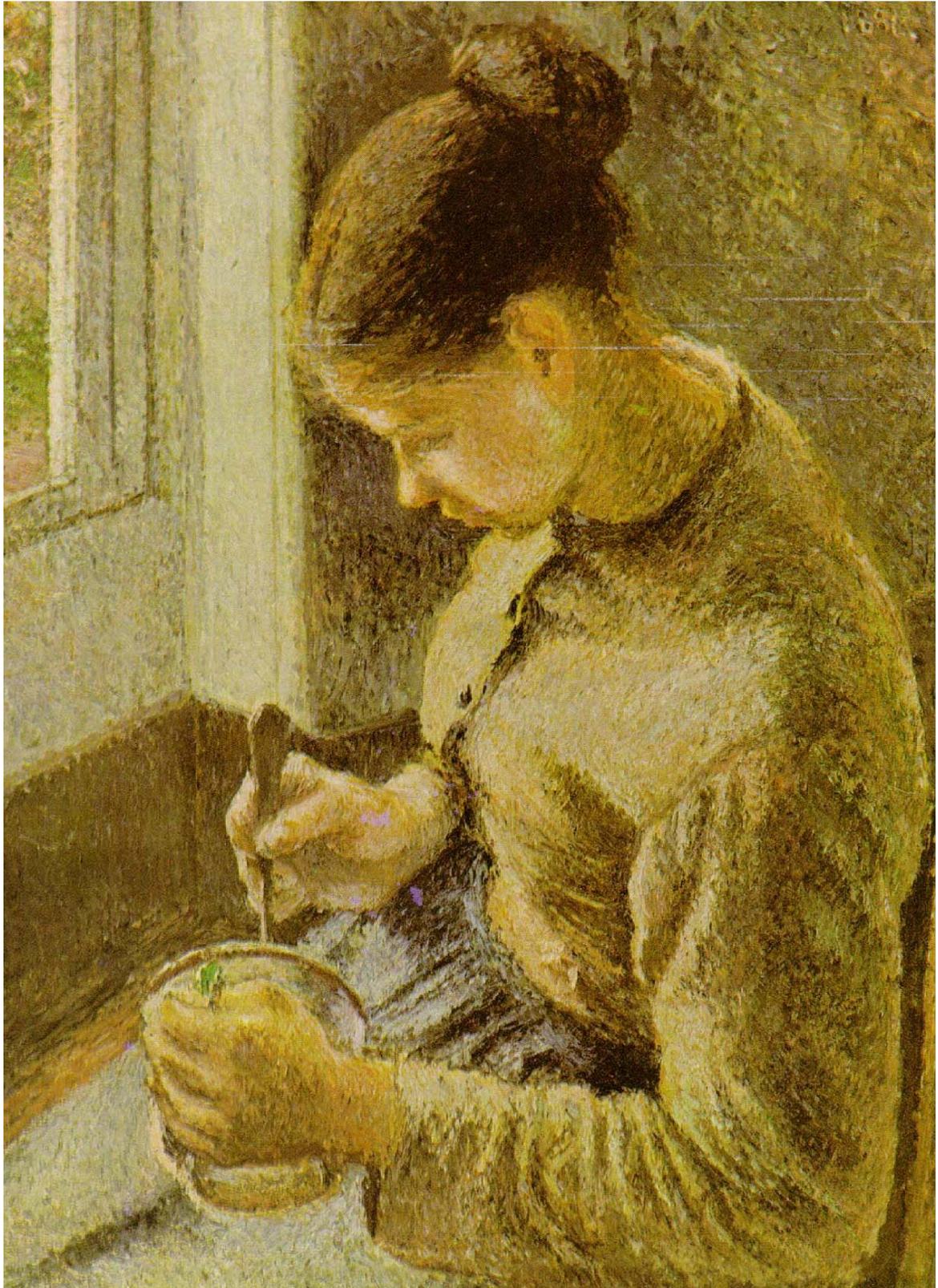
SIEGEL, S.; CASTELHAN, J. N. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1998.

SILVERMAN, J. A. Historical development. In: HALMI, K. A. (Ed). **Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa**. Washington: American Psychiatric Press, 1992. p. 3-17.

SIMMONDS, M. Ueber embolische prozesse in der hypophysis. **Arch Pathol Anat**, Chicago, v. 217, p. 226-239, 1914.

SJOSTEDT, J. P.; SCHUMAKER, J. F.; NATHAWAT, S. S. Eating disorders among Indian and Australian university students. **J Soc Psychol**, Washington, v. 138, n. 3, p. 351-357, 1997.

STEINHAUSEN, H. C.; GLANVILLE, K. Follow-up studies of anorexia nervosa: a review of research findings [Editorial]. **Psychol Med**, London, v. 13, n. 2, p. 239-49, 1983.



Jovem camponesa almoçando - Pissarro

ANEXOS

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)- Versão Original

1. Age: _____ 2. Height: _____ 3. Current Weight: _____

Please check a response for each of the following questions	Always	Usually	Often	Sometimes	Rarely	Never
1- Am terrified about being overweight	<input type="radio"/>					
2- Avoid eating when I am hungry.	<input type="radio"/>					
3- Find myself preoccupied with food.	<input type="radio"/>					
4- Have gone on eating binges where I feel that I may not be able to stop.	<input type="radio"/>					
5- Cut my food into small pieces.	<input type="radio"/>					
6- Aware of the calorie content of foods that I eat.	<input type="radio"/>					
7- Particularly avoid food with a high carbohydrate content (i.e. bread, rice, potatoes, etc.)	<input type="radio"/>					
8- Feel that others would prefer if I ate more.	<input type="radio"/>					
9- Vomit after I have eaten.	<input type="radio"/>					
10- Feel extremely guilty after eating.	<input type="radio"/>					
11- Am preoccupied with a desire to be thinner.	<input type="radio"/>					
12- Think about burning up calories when I exercise.	<input type="radio"/>					
13- Other people think that I am too thin.	<input type="radio"/>					
14- Am preoccupied with the thought of having fat on my body.	<input type="radio"/>					
15- Take longer than others to eat my meals.	<input type="radio"/>					
16- Avoid foods with sugar in them.	<input type="radio"/>					
17- Eat diet foods.	<input type="radio"/>					
18- Feel that food controls my life.	<input type="radio"/>					
19- Display self-control around food.	<input type="radio"/>					
20- Feel that others pressure me to eat.	<input type="radio"/>					
21- Give too much time and thought to food.	<input type="radio"/>					
22- Feel uncomfortable after eating sweets.	<input type="radio"/>					
23- Engage in dieting behavior.	<input type="radio"/>					
24- Like my stomach to be empty.	<input type="radio"/>					
25- Enjoy trying new rich foods.	<input type="radio"/>					
26- Have the impulse to vomit after meals.	<input type="radio"/>					

EAT (C) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

Anexo B***Carta aos pais, solicitando a participação de suas filhas neste estudo***

Prezados Pais:

Sou nutricionista e aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa “TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO *EATING ATTITUDES TEST* (EAT-26) EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO”.

Sua filha foi sorteada aleatoriamente para participar desse estudo, que consiste na aplicação de um questionário que irá avaliar hábitos e atitudes do comportamento alimentar, além da medida de seu peso e altura. Comprometo-me que não será possível a sua identificação e todas as informações serão mantidas em sigilo, sendo utilizadas apenas para esse estudo.

A participação de sua filha é muito importante, e por isso, venho por meio desta, solicitar a sua permissão, assinando o termo de consentimento em anexo, que deverá ser devolvido na escola amanhã.

Qualquer dúvida, não hesite em me ligar nos telefones: (16) 642-2840 ou 9723-5958 – Sertãozinho.

Antecipadamente, sou-lhe grata pela atenção,

Felícia Bighetti.

Anexo C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:**

Eu, Felícia Bighetti, nutricionista e aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa “TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO *EATING ATTITUDES TEST* (EAT-26) EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO”.

Para que esse estudo seja realizado, preciso que o(a) senhor(a) consinta que sua filha participe de uma entrevista a ser realizada e esclarecida por mim, que consistirá no preenchimento de um questionário por ela mesma, garantindo que não será possível a sua identificação e todas as informações serão mantidas em sigilo, sendo utilizadas apenas para esse estudo. Os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados e/ou apresentados com objetivo científico.

Sua filha, ao participar desse estudo, receberá esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, podendo realizar questionamentos a qualquer momento (a respeito da pesquisa e sua participação) e que não sofrerá nenhum risco ou dano significativo.

O direito a total liberdade de se recusar a participar dessa pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo algum, será respeitado. Seguindo esses mesmos critérios éticos, e para maiores informações, solicito a gentileza de que o(a) senhor(a) responda algumas perguntas que se encontram logo abaixo.

Dessa forma e na ciência das informações acima:

Eu _____ responsável
por _____, autorizo-a a participar deste estudo,
sendo a sua participação inteiramente voluntária e que está livre para em qualquer fase da pesquisa se recusar a participar da mesma, retirando seu consentimento, sem que haja nenhuma penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Assino este termo na presente data.

Nome e Assinatura do Responsável: _____ Data ____/____/2002.

Tel. para contato: (16) 642-2840 (Felícia)/602-3403 (Profª Drª Rosane Ribeiro)

Anexo D

Questionário aplicado aos pais para obter informações da renda familiar

01) Em que bairro se localiza a sua residência? _____

02) Qual é a renda familiar mensal de sua casa?

- a) De 1 a 5 salários mínimos
- b) De 5 a 10 salários mínimos
- c) De 10 a 15 salários mínimos
- e) De 15 a 20 salários mínimos
- f) Acima de 20 salários mínimos

04) Quem paga a mensalidade escolar de sua filha ?

- a) Os próprios pais
- b) Outros familiares (avós, tios,....)

03) Sua filha tem desconto na mensalidade escolar?

- a) Sim ()
- b) Não ()

Anexo E

Aprovação do Comitê de Ética



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 006/2002

Ribeirão Preto, 20 de fevereiro de 2002.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 36ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de fevereiro de 2002.

Protocolo: n° 0257/2002
Projeto: *Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto*
Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa Ribeiro (Orientadora)
Felicía Bighetti

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Marli Villela Mamede
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP

Anexo F

EATING ATTITUDES TEST (EAT-26) - Retrotradução

1. Age: _____ 2. Height: _____ 3. Current Weight: _____

Please check a response for each of the following questions	Always	Usually	Often	Sometimes	Rarely	Never
1- I worry a lot about the idea that I am gaining weight.	<input type="radio"/>					
2 - I avoid eating when I am hungry.	<input type="radio"/>					
3 - I worry about food.	<input type="radio"/>					
4 - When I start eating too much I have the feeling that I am unable to stop.	<input type="radio"/>					
5 - I cut my food into small pieces.	<input type="radio"/>					
6 - I worry about the amount of calories in the food I eat.	<input type="radio"/>					
7 - I mainly avoid carbohydrate-rich foods (for example: bread, rice, potatoes, etc.)	<input type="radio"/>					
8 - I feel that others would like to eat more.	<input type="radio"/>					
9 - I throw up after eating.	<input type="radio"/>					
10 - I feel guilty after eating.	<input type="radio"/>					
11 - I worry about the wish to be skinny.	<input type="radio"/>					
12- I think about burning a lot of calories when I exercise.	<input type="radio"/>					
13 - People find me too thin.	<input type="radio"/>					
14 - I worry about the idea that there is fat in my body.	<input type="radio"/>					
15 - I take more time eating than other people.	<input type="radio"/>					
16 - I avoid foods containing sugar.	<input type="radio"/>					
17 - I eat diet foods.	<input type="radio"/>					
18 - I feel that food controls my life.	<input type="radio"/>					
19 - I lose control in front of food.	<input type="radio"/>					
20 - I feel that others pressure me to eat.	<input type="radio"/>					
21 - I spend a lot of time thinking about eating.	<input type="radio"/>					
22 - I feel sick after eating sweets.	<input type="radio"/>					
23 - I go on diets to lose weight.	<input type="radio"/>					
24 - I like to feel my stomach empty.	<input type="radio"/>					
25 - I like to try new high-calorie foods.	<input type="radio"/>					
26 - I feel like throwing up after meals.	<input type="radio"/>					

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

Anexo G**TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)- Versão em Português**

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura _____

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	<input type="radio"/>					
2 - Evito comer quando estou com fome.	<input type="radio"/>					
3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.	<input type="radio"/>					
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	<input type="radio"/>					
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	<input type="radio"/>					
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	<input type="radio"/>					
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	<input type="radio"/>					
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	<input type="radio"/>					
9 - Vomito depois de comer.	<input type="radio"/>					
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	<input type="radio"/>					
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	<input type="radio"/>					
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	<input type="radio"/>					
13 - As pessoas me acham muito magra.	<input type="radio"/>					
14 - Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	<input type="radio"/>					
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	<input type="radio"/>					
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.	<input type="radio"/>					
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	<input type="radio"/>					
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.	<input type="radio"/>					
19 - Demostro auto-controle diante dos alimentos.	<input type="radio"/>					
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	<input type="radio"/>					
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	<input type="radio"/>					
22 - Sinto desconforto após comer doces.	<input type="radio"/>					
23 - Faço regimes para emagrecer.	<input type="radio"/>					
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.	<input type="radio"/>					
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	<input type="radio"/>					
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.	<input type="radio"/>					

Anexo H

Carta enviada para as escolas para a permissão das mesmas na participação deste estudo

Ribeirão Preto, 16 de maio de 2002

Ilma Senhora, coordenadora de série do Colégio Nossa Senhora Auxiliadora:
Felícia Bighetti, nutricionista e aluna de pós-graduação, está desenvolvendo uma pesquisa para avaliar hábitos e atitudes do comportamento alimentar de adolescentes do sexo feminino. Para que este estudo seja realizado, ela precisa da colaboração de vocês, respondendo um questionário e medindo o peso e altura.

As alunas que participarão dessa pesquisa serão selecionadas aleatoriamente, por sorteio baseado na lista de alunas de cada classe. As alunas sorteadas levarão para seus pais uma carta explicando a pesquisa e pedindo a assinatura deles, que deverá ser trazida no dia seguinte.

Depois disso, será marcado um dia com a coordenadora para que Felícia venha aqui coletar as informações, garantindo o sigilo dos dados coletados.

No final da pesquisa, a escola receberá os resultados gerais para conhecimento de quem se interessar.

A participação de vocês é muito importante e, desde já, agradeço a atenção de todas.

Felícia Bighetti