



Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E O ESTADO NUTRICIONAL  
COMO FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ESTUDANTES DO CURSO DE  
NUTRIÇÃO**

**BÁRBARA WANDERLEY DE BARROS SILVA  
CANDYCE EUGENIA DOURADO PREGUEIRO**

Recife – PE

2017

**BÁRBARA WANDERLEY DE BARROS SILVA  
CANDYCE EUGENIA DOURADO PREGUEIRO**

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS  
Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E O ESTADO NUTRICIONAL  
COMO FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE  
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ESTUDANTES DO CURSO DE  
NUTRIÇÃO**

*Trabalho apresentado como requisito de  
avaliação para Conclusão do Curso de  
Nutrição da Faculdade Pernambucana de  
Saúde.*

**Orientadora:** Caroline Neves de Moraes

Recife – PE

2017

## **CURRÍCULO DOS PESQUISADORES RESUMIDO**

### **CANDYCE EUGENIA DOURADO PREGUEIRO**

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (081) 98801-1206

E-mail: [candyce\\_eugenia@hotmail.com](mailto:candyce_eugenia@hotmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6135675970671184>

### **BÁRBARA WANDERLEY DE BARROS SILVA**

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (081) 99810-9486

E-mail: [babi\\_barros19@hotmail.com](mailto:babi_barros19@hotmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8151039033861196>

### **CAROLINE NEVES DE MORAIS**

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPE.

Especialista em Nutrição Clínica pelo Programa de Residência em Nutrição Clínica do Hospital das Clínicas de Pernambuco - HC

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Telefone: (081) 988555111

E-mail: [carol.nmorais@gmail.com](mailto:carol.nmorais@gmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3606944271903938>

## RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência da percepção da imagem corporal e do estado nutricional como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) em estudantes de Nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Método: Trata-se de um estudo transversal onde foi utilizado o *Eating Attitudes Test* (EAT-26) como instrumento de coleta para avaliação do comportamento alimentar, além de um questionário com informações dos estudantes, como idade, semestre em curso, peso, altura e autopercepção corporal. Foi considerado como risco o EAT-26 (EAT-26 +)  $\geq 21$  pontos. Resultados: Foram avaliados 183 estudantes com faixa etária variando entre 17 aos 48 anos de idade, com predomínio do sexo feminino (84,7%). Dos participantes, 19,7% apresentaram EAT+. Quanto aos valores do IMC, verificou-se que a média do IMC foi  $22,78 \pm 3,46 \text{ Kg/ m}^2$ , com maior prevalência de eutróficos (68,9%). Observou-se que não houve diferença entre o estado nutricional e a pontuação do EAT ( $p = 0,86$ ). Em relação à percepção corporal, 50,8 % dos estudantes afirmaram que já se viram com sobrepeso e apenas 30,6% afirmaram que se veem com sobrepeso atualmente. Essa percepção corporal positiva para o sobrepeso está significativamente relacionada ao comportamento de risco (EAT+) quando os estudantes afirmaram já terem se visto com sobrepeso ( $p = 0,0001$ ). Conclusão: Foi identificado um percentual relevante de estudantes que apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Esse comportamento apresentou influência da autopercepção da imagem corporal, porém não houve diferença em relação ao estado nutricional dos estudantes.

**Palavras-chaves:** Estudantes; Transtornos alimentares; Imagem corporal; Estado Nutricional.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the influence of body image perception and nutritional status as risk factors for the development of eating disorders (TA) in Nutrition students of the Faculdade Pernambucana de Saúde. **Method:** This is a cross-sectional study, for which Eating Attitudes Test (EAT-26) has been used as an instrument for the evaluation of eating behavior, as well as a questionnaire with information about the students, such as age, current semester, weight, height and body self-perception. EAT-26 (EAT-26 +)  $\geq 20$  points was considered as risk. **Outcomes:** We evaluated 183 students with ages varying between 17 and 48 years of age, with a predominance of females (84.7%). 19.7% of the participants, had EAT +. Regarding BMI values, the average BMI was  $22.78 \pm 3.46$  kg / m<sup>2</sup>, with a higher prevalence of eutrophics (68.9%). It was observed that there was no difference between the nutritional status and the EAT score ( $p = 0.86$ ). Regarding body perception, 50.8% of the students said they had already seen themselves overweight and only 30.6% stated that they are currently overweight. This positive body perception for overweight is significantly related to the risk behavior (EAT +) when students said they were already overweight ( $p = 0.0001$ ). **Conclusion:** A relevant percentage of students who presented risk behavior for the development of AT was identified. This behavior had influence of the corporal self-perception, but there was no difference in relation to the nutritional status of the students.

**Keywords:** Students; Eating Disorders; Body image; Nutritional status.

## SUMÁRIO

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>MÉTODOS.....</b>     | <b>6</b>  |
| <b>RESULTADOS .....</b> | <b>8</b>  |
| <b>DISCUSSÃO .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b> | <b>13</b> |
| <b>APÊNDICE A.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>APÊNDICE B.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>ANEXO.....</b>       | <b>20</b> |

## INTRODUÇÃO

O termo transtornos alimentares (TA) é utilizado de maneira ampla para indicar algum padrão de comportamento alimentar que cause prejuízos graves à saúde de um indivíduo.<sup>1</sup> São estabelecidos como sérios distúrbios do comportamento alimentar e se desenvolvem a partir da interação de diversos fatores (sócio-culturais, psicológicos, biológicos e genéticos), caracterizando-se como multideterminados e complexos. Percebe-se que são entidades de difícil tratamento e que apresentam uma alta comorbidade, além de um elevado índice de mortalidade, entre todas as doenças psiquiátricas.<sup>2</sup> Possuem grande importância médico-social, pois podem comprometer seriamente a saúde dos indivíduos sintomáticos.<sup>3</sup>

Um aumento na frequência de problemas associados à imagem corporal e a comportamentos alimentares anormais entre os adolescentes tem sido observado nas últimas duas décadas, com o conseqüente avanço da prevalência dos transtornos alimentares, principalmente nos últimos anos. A relação do sucesso, felicidade e beleza com um corpo mais magro tem levado as pessoas à prática de dietas abusivas e outras formas não saudáveis de regular o peso,<sup>4</sup> manifestando comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Os principais fatores que predis põem os transtornos alimentares são: pertencer ao sexo feminino, histórico familiar de transtorno alimentar, perfeccionismo, baixa autoestima e dificuldade em expressar emoções<sup>5</sup>. Há ainda os fatores precipitantes como, por exemplo: proximidade da menarca, dieta, perspectivas irreais, separação, perda e modificações na dinâmica familiar. E por fim, existem ainda os fatores mantenedores, responsáveis por manter a doença, que são: imagem corporal distorcida, alterações endócrinas e práticas purgativas<sup>6,7</sup>

Atualmente, o culto à beleza e o estereótipo do que seria um corpo perfeito têm contribuído de forma significativa para o aparecimento de padrões alimentares anormais e possivelmente para o desenvolvimento de transtornos alimentares, inclusive, atingindo aqueles profissionais que tem a imagem corporal relacionada diretamente ao seu desempenho profissional.<sup>8</sup>

Os distúrbios alimentares geralmente começam entre 18 e 21 anos de idade, o que categoriza os estudantes em idade universitária como um grupo de alto risco.<sup>9</sup> Assim, pesquisas tem se intensificado sobre transtornos alimentares em virtude do aumento de sua prevalência, principalmente, entre a população estudantil.<sup>10</sup> A literatura descreve, ainda, uma maior prevalência de transtornos alimentares em acadêmicos de cursos universitários onde a

aparência física é relevante, entre eles o de Nutrição. Acredita-se que pessoas já preocupadas com o seu peso e imagem corporais priorizam estas áreas justamente por apresentarem um interesse pessoal pelo assunto; contudo, essa suposição ainda é discutível.<sup>4</sup>

Para o rastreamento de transtornos alimentares, os questionários autopreenchíveis são recomendáveis pela facilidade de administração, além da eficiência e economia, especialmente em estudos epidemiológicos. Vários deles apresentam características psicométricas adequadas e possibilitam aos interrogados demonstrar um comportamento que, por constrangimento, poderia deixá-los resistentes numa entrevista frente a frente com o entrevistador.<sup>3,11</sup> O Eating Attitudes Test (EAT-26) é um instrumento de autorrelato empregado para avaliar e identificar padrões alimentares anormais, reconhecido internacionalmente. Consta de 26 itens, com seis opções de resposta (sempre, muito frequente, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca), podendo variar de 0 a 78 pontos. O ponto de corte para considerar o EAT-26 positivo – sugestivo de comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares – é utilizado de forma diferente em alguns estudos, variando de  $\geq 20$  pontos até  $\geq 21$  pontos.<sup>3,12</sup>

O diagnóstico precoce de possíveis casos de transtornos alimentares faz-se necessário, pois são síndromes psicossomáticas consideradas graves e de prognóstico ruim,<sup>13</sup> que podem ocasionar diversas complicações clínicas (hipoglicemia, hipercolesterolemia, hipotensão, alterações pulmonares, insuficiência renal, alterações endócrinas e suicídio),<sup>14</sup> afetando a vida estudantil e futuramente, profissional. É de suma importância atentar-se a estudantes de Nutrição com comportamentos inadequados relacionados a transtornos alimentares, visto que esses distúrbios podem fazer parte de sua prática profissional, tornando difícil a sua percepção sobre esses casos em outras pessoas.<sup>15</sup>

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a influência da percepção da imagem corporal e do estado nutricional como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes do curso de Nutrição.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal realizado com estudantes do curso de Nutrição de uma faculdade particular da cidade do Recife/PE, do primeiro até o último período, regularmente matriculados, de ambos os sexos, através da aplicação de questionário em sala de aula ou nas dependências da faculdade, com coleta de dados realizada entre os meses de maio e junho de 2017.

Para estimar o tamanho da amostra deste estudo, foi utilizado  $n$  de 258 estudantes matriculados do curso de Nutrição da FPS, com os cálculos realizados através do software epi-info, onde se assumiu uma prevalência de transtornos alimentares de 25% nesta população obtida através de dados na literatura.<sup>16</sup> O cálculo do tamanho da amostra, considerando-se um poder do estudo de 80 e grau de confiança de 95%, resultou em uma amostra de 137 alunas. O tamanho da amostra foi multiplicado pelo fator de correção de desenho ( $def=1,0$ ). Foi utilizada uma amostragem por conveniência, onde foram convidados a participar da pesquisa todos os estudantes que atenderam aos critérios de inclusão: estudantes regularmente matriculados que manifestaram interesse e disponibilidade de tempo para responder o questionário. Foram excluídos casos de não preenchimento completo do questionário, de recusa em participar do estudo e ausência às aulas no período de coleta de dados. A amostra foi composta por 190 estudantes que voluntariamente manifestaram interesse em participar do estudo, no entanto, houve perdas de 7 estudantes, devido ao preenchimento incompleto do questionário, totalizando uma amostra final de 183 estudantes.

O instrumento utilizado para avaliação do comportamento de risco e sintomas para o desenvolvimento de transtornos alimentares foi o EAT-26, traduzido para o português por Nunes *et al* e depois validado por Biguetti.<sup>17, 13</sup> O questionário EAT-26 foi então o aplicado, contendo questões objetivas e de auto-preenchimento sobre o comportamento alimentar, composto por 26 questões, onde cada questão é dividida em 3 escalas com 6 opções de resposta. A pontuação varia de 0 (nunca) a 3 (sempre), dependendo da escolha: sempre = 3 pontos, muito frequentemente = 2 pontos, frequentemente = 1 ponto, às vezes = 0 ponto, raramente = 0 ponto e nunca = 0 ponto. A questão 4 apresenta pontos em ordem trocada, sendo que para respostas mais sintomáticas, como sempre, muito frequentemente e frequentemente, não são atribuídos pontos, e para as alternativas às vezes, raramente e nunca, são dados respectivamente 1, 2 e 3 pontos.<sup>8,17</sup> No corrente estudo, utilizou-se o ponto de corte de  $\geq 21$  pontos, por apresentar sensibilidade e especificidade bastante satisfatórias<sup>3</sup> além de ter sido adotado por outros autores brasileiros<sup>18-22</sup>, o que permite a comparação dos resultados. Assim, se a soma dos pontos for acima ou igual de 21, indica a presença de sintomatologia ligada a algum transtorno alimentar (EAT +). Se a soma dos pontos for inferior a 21, indica normalidade (EAT -).

Foram coletadas também informações dos estudantes, como idade, semestre em curso, peso, altura e autopercepção corporal. Esses dados foram autorreferidos pelos estudantes no preenchimento do questionário. A classificação do estado nutricional foi calculada pelo índice de massa corporal (IMC), classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde.<sup>23</sup>

A autopercepção corporal foi referida pelo estudante ao responder às perguntas – você já se viu com sobrepeso e você se vê com sobrepeso atualmente? – que mostra sobre sua percepção passada e atual em relação à presença de sobrepeso.

A construção do banco de dados foi realizada na planilha EXCEL. O programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 13.0 foi utilizado para as análises estatísticas. A comparação entre as médias foi realizada pelo teste “t” de Student e a comparação entre proporções pelo teste de Qui-Quadrado. Diferenças com  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS (nº CAAE: 62023316.8.0000.5569), de acordo com a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo assim aos voluntários da pesquisa completa autonomia, anonimato e privacidade.

## RESULTADOS

Foram avaliados 183 estudantes, deste total, 84,7% foram do sexo feminino e 15,3% do sexo masculino. A distribuição da faixa etária variou dos 17 aos 48 anos de idade, obtendo assim a média de idade de  $21,99 \pm 5,32$  anos.

Dos participantes, 19,7% apresentaram comportamento de risco para transtornos alimentares (EAT+), enquanto que 80,3% deles não apresentaram sintomas sugestivos (EAT-). A pontuação média do EAT-26 da amostra foi  $13,06 \pm 9,57$ . Entre os que apresentaram EAT + a pontuação média foi de  $29,14 \pm 6,83$ , e os que apresentaram EAT – foi de  $9,12 \pm 4,86$ , com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p = 0,001$ ) (Tabela 2)

Quanto aos valores do IMC, verificou-se que a média do IMC da amostra foi  $22,78 \pm 3,46$  Kg/ m<sup>2</sup>. Observou-se uma maior prevalência de estudantes eutróficos (68,9%). Sobre a percepção corporal, 50,8% dos estudantes afirmaram já terem se visto com sobrepeso e apenas 30,6% afirmaram que se veem com sobrepeso atualmente. (Tabela 1)

Em relação às variáveis demográficas (sexo e idade) e as antropométricas (peso, altura e IMC) observou-se que não houve influência destas no risco de desenvolvimento de transtornos alimentares segundo o EAT, porém a percepção da imagem corporal mostrou diferença significativa. O fato de o estudante ter uma percepção corporal positiva para o sobrepeso está relacionado ao comportamento de risco (EAT+), com significância estatística quando os estudantes afirmaram já terem se visto com sobrepeso ( $p = 0,0001$ ) e uma

tendência a significância quando os estudantes afirmaram que se veem com sobrepeso atualmente ( $p = 0,10$ ).

## DISCUSSÃO

Este é um dos poucos estudos brasileiros apenas com estudantes de Nutrição que relaciona um instrumento de rastreamento epidemiológico para risco de desenvolvimento de TA com dados de percepção da imagem corporal e com o próprio estado nutricional. Os resultados do presente estudo revelaram uma prevalência preocupante de 19,7% de estudantes com comportamentos de risco (EAT+) para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Dados da literatura corroboram com os nossos achados de prevalência. Pesquisas sobre o tema, que compararam com estudantes de outros cursos, mostraram haver uma maior prevalência de EAT+ em estudantes do curso de Nutrição. No estudo de Fiates e Salles os resultados indicaram que 22,17% das estudantes apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, dos quais, o grupo de alunas de Nutrição foi o que apresentou maior percentual (25,43%) em comparação com grupo de outros cursos (18,69%).<sup>24</sup> Esse mesmo achado foi encontrado por Santos, Meneguci e Mendonça que evidenciaram 13,4 % das estudantes classificadas como EAT+, porém quando se avalia o grupo formado pelas estudantes de Nutrição, separadamente, o percentual de estudantes com EAT+ foi maior (23,8%) do que o grupo composto pelas estudantes de Enfermagem (9,8%) e do grupo constituído pelas estudantes de Ciências Biológicas (7,7%).<sup>10</sup> No estudo de Stipp e Oliveira, que comparou comportamento alimentar de estudantes de Nutrição e de Psicologia, os resultados indicaram para uma maior incidência de distorção da imagem corporal e de comportamento alimentar inadequado entre alunas do curso de Nutrição, que apresentaram EAT + de 18,3% da amostra, em comparação às de Psicologia. A explicação para isso poderia estar relacionada à procura pelos cursos de Nutrição por aquelas pessoas que possam ter mais tendência a desenvolver transtornos.<sup>25</sup>

Um estudo feito nos EUA encontrou uma prevalência de 19,4% (EAT+) nos estudantes de Nutrição, resultado semelhante ao nosso.<sup>9</sup> Observa-se que os resultados que apresentaram um número significativo de estudantes com risco ao desenvolvimento de transtornos alimentares, provavelmente estão relacionados ao fato de que alunos do curso de Nutrição apresentam uma preocupação exagerada com a sua forma física, além de estar em constante contato com os alimentos, o que pode favorecer a obsessão por uma aparência mais aceitável pela sociedade. O ambiente onde esses estudantes estão inseridos, desde o ingresso

na faculdade até a vivência prática profissional, pode ajudar a criar um cenário mais propício ao surgimento e desenvolvimento de distúrbios ou transtornos alimentares.<sup>15</sup>

Ao analisar outra variável, apesar da literatura apresentar relação do transtornos alimentares com obesidade, observamos na nossa população que não houve diferença estatística significativa entre o estado nutricional (IMC) e sintomatologia de transtornos alimentares ( $p = 0,86$ ). Um estudo realizado para avaliar a presença de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição, onde foi aplicado o EAT-26, mostrou que 35% das estudantes apresentavam risco de desenvolvimento de transtornos e 75,8% apresentavam-se eutróficas, porém foi encontrada uma correlação positiva entre o EAT+ e o IMC no grupo de estudantes eutróficas.<sup>15</sup> Bosi *et al* ao analisar comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar e fatores associados entre estudantes de Nutrição do município do Rio de Janeiro, detectou resultado positivo em 14% no EAT-26, e dos estudantes que apresentaram EAT-26 positivo, 88,5% encontram-se na faixa de normalidade do índice de massa corporal (IMC) ( $p < 0,031$ ).<sup>22</sup> Os dados são preocupantes, tendo em vista essa alta porcentagem de escores positivos dentro dos limites da eutrofia, sugestivo de que estudantes com peso adequado mostram-se extremamente preocupados com seu peso e podem estar enxergando seu corpo de forma distorcida, modificando sua autopercepção da imagem corporal.<sup>15</sup>

Importante lembrar que a distorção da imagem corporal é um dos fatores descritos na determinação dos transtornos alimentares. As práticas inconsequentes de controle de peso e os comportamentos alimentares anormais estão associados ao descontentamento pessoal e à baixa autoestima, sendo manifestados geralmente pela insatisfação com o peso e forma corporal. O fato de se ver como uma obesa ou com sobrepeso, sem ser, implica uma distorção cognitiva que pode ser fundamentada por algum tipo de conhecimento imposto a um grupo por pressão cultural e psicossocial.<sup>22</sup>

Em um estudo que avaliou a autopercepção corporal em alunas do curso de Nutrição de uma universidade federal do Rio de Janeiro, encontrou-se um IMC médio de  $20,80 \pm 2,5 \text{ kg/m}^2$  e a idade média foi  $20,9 \pm 2,0$  anos, mostrando que mulheres com peso adequado apresentaram insatisfação com sua imagem corporal, objetivando alterá-la para se adaptar as exigências sociais.<sup>20</sup>

Corroborando com os nossos achados sobre a influência da autopercepção corporal relacionado ao comportamento de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, o estudo de Nunes *et al* no qual verificou a influência do índice de massa corporal e da percepção do peso nos comportamento alimentares anormais, relatou que a percepção do peso

corporal (perceber-se gorda) mostrou um papel mais importante na determinação dos comportamentos alimentares anormais do que o índice de massa corpórea (IMC sobrepeso/obesidade).<sup>21</sup> Já no estudo de Moreira *et al* que analisou os transtornos alimentares, a percepção da imagem corporal e o estado nutricional entre estudantes de Nutrição e de administração, verificou-se uma forte associação estatística entre percepção da imagem corporal e sintomas de risco para transtornos alimentares, mostrando resultados semelhantes aos nossos.<sup>26</sup>

Percebe-se que diversos estudos demonstram grande prevalência de eutrofia convivendo com altos escores de insatisfação com a imagem corporal, aspecto relacionado ao risco de desenvolvimento de transtornos alimentares nos universitários brasileiros da área de saúde. Ademais, alguns destes estudos constataam a hipótese de que a percepção do peso corporal se sobrepõe à classificação do IMC, isto é, a maneira pela qual a pessoa se percebe é mais determinante para gerar alterações no comportamento alimentar do que a própria composição corporal. No momento em que o frustração com a imagem corporal persiste, é comum a adoção de atitudes para redução do peso corporal e comportamentos alimentares inadequados. A percepção distorcida da imagem corporal constitui, dessa maneira, um importante sintoma de transtornos alimentares, influenciando na experiência da pessoa com a forma do corpo e com o seu peso.<sup>22,27</sup>

Reafirma-se assim, o fato de que estudantes de Nutrição são um grupo de risco, exposto a pressões de ordem cultural e estética bastante intensas.<sup>6</sup> O fato de serem portadores de transtornos cujos diagnósticos lhes sejam atribuídos posteriormente, mas dos quais não encontram-se cientes e/ou buscando alguma terapia é extremamente preocupante, situação que pode comprometer sua saúde e a identificação dos problemas em sua prática profissional.<sup>22</sup> Dessa forma, o reconhecimento de transtornos alimentares, o mais precocemente possível, torna-se importante, devido sua natureza multifatorial, gravidade e manifestações clínicas diferentes.<sup>16</sup>

Cabe registrar algumas limitações do presente estudo, dentre as quais ressaltamos: o método utilizado para avaliação se baseou em questionários de autopreenchimento, podendo ter ocorrido interpretações equivocadas das perguntas, medidas de altura e peso autorreferidas, podem sofrer influência dos próprios transtornos alimentares ou de distorções na imagem corporal, impactando no peso/altura informados. Também não foi utilizado um questionário específico sobre percepção corporal dos estudantes, Por conseguinte, diante da influência dessa variável no risco de transtornos alimentares, mostram-se necessárias novas pesquisas com uma metodologia específica para esta variável.

Oportuno mencionar também que, de acordo com Nunes *et al*, os resultados do EAT-26 devem ser vistos com cautela em relação aos seguintes pontos: não é apropriado pensar que um escore alto se traduza em diagnóstico de transtorno alimentar e o teste indica a presença de padrões alimentares anormais, no entanto, não revela a possibilidade psicopatológica subjacente ao comportamento manifesto.<sup>17</sup> Assim, ressalta-se que o EAT-26, bem como outros instrumentos de avaliação, não faz o diagnóstico de transtornos alimentares. Do mesmo modo, não se pode afirmar sobre quadros de transtornos alimentares nessa população, mas sim podem ser apontados comportamentos de risco para seu desenvolvimento.<sup>28</sup> Não obstante o EAT-26 ser um baixo preditor, por exemplo, de anorexia nervosa, esse instrumento fornece dados sobre o índice de gravidade da preocupação com a imagem corporal, apresentando sintomas sugestivos para desenvolvimento de transtornos, podendo, dessa forma, apontar a necessidade precoce de uma intervenção.<sup>8,25</sup>

## **CONCLUSÃO**

Este estudo reportou uma relevante prevalência de comportamentos de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares, além da sua relação com a percepção da imagem corporal em estudantes de Nutrição, muito embora a grande maioria deles apresentasse IMC dentro dos padrões de eutrofia. As associações estatisticamente significativas entre a percepção corporal e o comportamento alimentar de risco sinalizam que a insatisfação com a imagem corporal pode ser um possível preditor do risco de desenvolver transtornos alimentares. São necessários mais estudos para compreender estas e outras associações, possibilitando entender sua etiologia, como também é importante promover ações, estratégias de educação nutricional e programas de prevenção de transtornos alimentares que visem esclarecer a ligação entre a cultura do corpo, os transtornos alimentares e suas consequências para a saúde nas universidades.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Candyce Eugenia Dourado Pregueiro** – Contribuiu na concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

**Bárbara Wanderley de Barros Silva** – Contribuiu na concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

**Caroline Neves de Moraes** – Foi orientadora e responsável pela supervisão de todas as etapas do estudo, participando da concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse por parte de nenhum dos autores.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos estudantes do curso de Nutrição da FPS pela colaboração na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Appolinario JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22, (Supl 2): 28-31.
2. de Mattos JM, de Almeida LS. Significações e subjetividade em mulheres portadoras de transtornos alimentares. Ciências & Cognição, 2008; 13: 51-69.
3. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. Rev Bras de Epidemiol, 2005; 8(3): 236-45.
4. Laus MF, Moreira RCM, Costa TMB. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. Rev Psiquiatr RS. 2009; 31 (3): 192-6.
5. Morgan CM, Claudino AM. Epidemiologia e Etiologia. In: Claudino AM, Zanella MT. Transtornos alimentares e obesidade. Barueri: Manole; 2005.

6. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24 (Supl 3): 18-23.
7. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, dos Santos JE. Transtornos alimentares – Quadro clínico. *Rev de Med.* 2006; 39(3): 340-8.
8. Schons L, Nishiyama MF. Estudo sobre o comportamento alimentar de nutricionistas de Foz do Iguaçu (PR) e região com enfoque em transtornos alimentares. *Rev Semin Cient de Nutri.* 2010; 2.
9. Harris N, Gee D, D'Acquisto D, Organ D, Pritchett K. Eating disorder risk, exercise dependence, and body weight dissatisfaction among female nutrition and exercise science university majors. *J Behav Addict.* 2015; 4 (3): 206-9.
10. dos Santos M, Meneguci L, de Mendonça AAF. Padrão Alimentar Anormal em Estudantes Universitárias das Áreas de Nutrição, Enfermagem e Ciências Biológicas. *Ciência et Praxis.* 2008; 1 (1):1-4.
11. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(Supl 3): 34-38.
12. Nunes MA, Camey S, Olinto MTA, Mari JJ. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Braz J Med Biol Res.* 2005; 38: 1655-62.
13. Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP); Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2003.
14. Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(Supl 3): 29-33.
15. Penz LR, Bosco SM, Vieira JM. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. *Scientia Med.* 2008;18(3):124-8.
16. Kirsten VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de Nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev Nutr.* 2009; 22 (2): 219-27.
17. Nunes MA; Bagatini LF, Atuchaim AL, Kunza, Ramos D, Silva JA. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL.* 1994; 16(1): 7-10.
18. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating Behavior and Body Image among Psychology Students. *J Bras Psiquiatr.* 2009; 58:150-5.
19. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR, Oliveira FP. Comportamento Alimentar e Imagem Corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr.* 2008; 57:28-33.

20. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJ. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de Nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr.* 2006; 55(2): 108-13.
21. Nunes MA, Olinto MTA, Barrosa FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(1): 21-7.
22. Bosi MLM, Nogueira JAD, Uchimura KY, Luiz RR, & Godoy MGC. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de medicina. *Rev bras educ med.* 2014, 38(2): 243-52.
23. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e Problemas relacionados à saúde—CID-10. [acesso em: 2016 Set 02] Disponível em: [www.datasus.gov.br/cid10.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10.htm)
24. Fiates GM, de Salles RK. Fatores de riscos para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr.* 2001; 14(supl. 0): 3-6.
25. Stipp LM, Oliveira MR. Imagem corporal e atitudes alimentares: diferenças entre estudantes de Nutrição e de psicologia. *Saude Rev.* 2003; 5(9): 47-51.
26. Moreira DE, Pinheiro MC, Carreiro DL, Coutinho LTM, de Almeida KTCL, Santos CA, *et al.* Transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional: estudo comparativo entre estudantes de Nutrição e de administração. *Rev Assoc Bras Nutr.* 2017; 8 (1):18-25.
27. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin.* 2004; 31(4): 164-6.
28. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev psiquiatr clín.* 2011; 38(1): 03-07.

## APÊNDICE A

**Tabela 1- Características demográficas e nutricionais de estudantes de Nutrição (n= 183) de Recife (PE), 2017.**

| Variáveis                            | N   | %    |
|--------------------------------------|-----|------|
| Idade                                |     |      |
| < 20 anos                            | 55  | 30,1 |
| 20 a 29 anos                         | 114 | 62,3 |
| ≥ 30 anos                            | 14  | 7,7  |
| Sexo                                 |     |      |
| Feminino                             | 155 | 84,7 |
| Masculino                            | 28  | 15,3 |
| IMC                                  |     |      |
| Desnutrido                           | 16  | 8,7  |
| Eutrófico                            | 126 | 68,9 |
| Excesso de peso                      | 35  | 19,1 |
| Obesidade                            | 6   | 3,3  |
| Você já se viu com sobrepeso?        |     |      |
| Sim                                  | 93  | 50,8 |
| Não                                  | 90  | 49,2 |
| Você se vê com sobrepeso atualmente? |     |      |
| Sim                                  | 56  | 30,6 |
| Não                                  | 127 | 69,4 |
| EAT-26                               |     |      |
| EAT-26 +                             | 36  | 19,7 |
| EAT-26 -                             | 147 | 80,3 |

**Tabela 2- Diferença de variáveis demográficas e nutricionais de acordo com o diagnóstico do EAT-26 em estudantes de Nutrição (n= 183) de Recife (PE), 2017.**

| Variável                             | TOTAL        | EAT-26 +    | EAT-26 -    | P         |
|--------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-----------|
|                                      | N=183        | N=36        | N=147       |           |
| Sexo                                 |              |             |             | 0,79**    |
| Feminino                             | 155 (84,7%)  | 30 (19,4%)  | 125 (80,6%) |           |
| Masculino                            | 28 (15,3%)   | 6 (21,4%)   | 22 (78,6%)  |           |
| Idade                                | 21,99± 5,32  | 21,58±4,15  | 22,09±5,58  | 0,61*     |
| EAT-26                               | 13,06±9,57   | 29,14±6,83  | 9,12±4,86   | 0,0001*   |
| Peso (Kg)                            | 62,12±12,25  | 62,52±11,95 | 62,03±12,36 | 0,83*     |
| IMC (Kg/ m <sup>2</sup> )            |              |             |             | 0,86**    |
| Desnutrido                           | 16 (8,7 %)   | 3 (18,8%)   | 13 (81,3%)  |           |
| Eutrófico                            | 126 (68,9%)  | 24 (19,0%)  | 102 (81,0%) |           |
| Excesso de peso                      | 35 (19,1%)   | 7 (20 %)    | 28 (80,0%)  |           |
| Obesidade                            | 6 (3,3%)     | 2 ( 33,3%)  | 4 (66,7%)   |           |
| Você já se viu com sobrepeso?        |              |             |             | 0,0001 ** |
| Sim                                  | 93 (50,8 %)  | 29 (31,2%)  | 64 (68,8%)  |           |
| Não                                  | 90 (49,2 %)  | 7 (7,8 %)   | 4 (92,2 %)  |           |
| Você se vê com sobrepeso atualmente? |              |             |             | 0,10 **   |
| Sim                                  | 56 (30,6%)   | 15 (26,8%)  | 41 (73,2%)  |           |
| Não                                  | 127 (69,4 %) | 21 (16,5%)  | 106 (83,5%) |           |

\*Teste de T Student\*\* Teste Qui-quadrado

**APÊNDICE B****FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS**

Nº do formulário: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M      Idade: \_\_\_\_\_

Semestre: ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º ( ) 4º ( ) 5º ( ) 6º ( ) 7º ( ) 8º

Peso: \_\_\_\_\_      Altura: \_\_\_\_\_

Você já se viu com sobrepeso? ( ) sim ( ) não

Você se vê com sobrepeso atualmente? ( ) sim ( ) não

**Teste de Atitudes Alimentares – EAT-26**

Responda as questões abaixo de acordo com a frequência:

**1. Costumo fazer dieta.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**2. Como alimentos dietéticos.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**3. Sinto-me mal após comer doces.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**5. Evito alimentos que contenham açúcar.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz etc.).**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**7. Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro (a).**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**8. Gosto de estar com o estômago vazio.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**9. Quando faço exercícios penso em queimar calorias.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**10. Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**15. Vomito depois de comer.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**17. Passo muito tempo pensando em comida.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**18. Considero-me uma pessoa preocupada com a comida.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**19. Sinto que a comida controla a minha vida.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**20. Corto minha comida em pedaços pequenos.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**21. Levo mais tempo que os outros para comer.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**22. As outras pessoas acham que sou magro (a) demais.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**24. Sinto que os outros me pressionam a comer.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**25. Evito comer quando estou com fome.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

**26. Demonstro autocontrole em relação à comida.**

( ) Sempre ( ) Muito frequentemente ( ) Frequentemente ( ) Às vezes ( ) Raramente ( ) Nunca

## ANEXO



ISSN 0047-2085 *versão impressa*

ISSN 1982-0208 *versão online*

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

### Foco e políticas gerais

O **Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)** é o periódico oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Ele é o jornal psiquiátrico com maior tradição no Brasil, sendo regularmente publicado há mais de 70 anos.

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforça-se para publicar estudos de alta qualidade que tenham como objetivo o avanço do conhecimento sobre os transtornos mentais e a melhoria da assistência e cuidado dos pacientes que sofrem destas condições. O Jornal visa educar e atualizar clínicos, acadêmicos e pesquisadores em psiquiatria, psicologia, sociologia e em outros campos científicos relacionados à saúde mental.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica artigos originais, relatos breves, revisões, relatos de casos, cartas ao editor e resenhas de livros que sirvam aos objetivos acima mencionados, como também aqueles com características eurísticas, que possam auxiliar os pesquisadores a vislumbrar novas linhas de estudo e investigação. Todos os manuscritos são revisados por pareceristas anônimos o mais rápido possível.

### Preparação dos manuscritos

#### Tipos de artigos aceitos:

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria publica os seguintes tipos de manuscritos:

- Artigos originais – Relatos de estudos originais baseados na excelência científica em psiquiatria, e que proporcionem um avanço na pesquisa clínica e experimental. Artigos originais devem conter novos dados, oriundos de um número representativo de pacientes, utilizando métodos adequados e confiáveis. Os artigos não devem ultrapassar 4.000 palavras.
- Relatos breves – Pequenos relatos de estudos originais, avaliações ou estudos-piloto, contendo no máximo 2.000 palavras e 15 referências.
- Revisões – Revisões sistemáticas objetivas e concisas desenhadas para reunir informações relevantes e atualizadas sobre um tópico específico de particular interesse e importância em psiquiatria e saúde mental. Os autores devem analisar e discutir criticamente a literatura disponível. Revisões devem conter no máximo 6.000 palavras.
- Relatos e séries de casos – Devem fornecer uma curta descrição original de casos clínicos e estratégias de tratamento particularmente interessantes para pesquisadores

e clínicos. Podemos citar como exemplos a apresentação incomum de um transtorno conhecido, um tratamento inovador ou um efeito adverso claramente relacionado a uma medicação específica, que nunca havia sido relatado. Apesar de concisos, os relatos devem trazer uma descrição cronológica detalhada dos casos, destacando sua relevância e originalidade. Os autores devem fornecer uma extensiva revisão da literatura sobre os aspectos clínicos e terapêuticos do tópico relatado, comparando-o com casos similares descritos na literatura científica internacional. Relatos e séries de casos não devem ultrapassar o limite de 1.500 palavras e 15 referências.

- Cartas ao editor – São comunicações discutindo artigos recentemente publicados neste jornal, descrevendo pesquisas originais ou descobertas científica relevantes. As cartas não devem ter mais de 500 palavras e cinco referências.
- Editoriais – Comentários críticos e baseados em evidências feitos por pesquisadores com grande experiência em uma área específica do conhecimento, a pedido dos editores deste jornal. Devem conter no máximo 900 palavras e cinco referências.
- Resenhas de livros – Curtas revisões (no máximo 500 palavras) sobre livros recém publicados dentro do foco do Jornal Brasileiro de Psiquiatria que poderiam interessar psiquiatras e profissionais de saúde mental.

### **Originalidade e autoria**

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria somente considera para publicação manuscritos compostos de material original, que não estão submetidos para avaliação em nenhum outro periódico, ou que não tenham sido publicados em outros meios. As únicas exceções são resumos com menos de 400 palavras. Os autores devem identificar tabelas, figura e/ou qualquer outro material que tenham sido publicados em outros locais, e obter a autorização dos proprietários dos direitos autorais antes de reproduzir ou modificar esses materiais. Ao submeter um manuscrito, os editores entendem que os autores estão de acordo e seguem estas exigências, que todos os autores participaram substancialmente do trabalho, e que cada um deles reviu e aprovou a versão submetida. Assim, cada autor precisa declarar sua contribuição individual ao artigo na carta de apresentação (veja abaixo)

### **Declaração de conflitos de interesse e suporte financeiro**

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria exige que todos os autores declarem individualmente qualquer potencial conflito de interesse e/ou qualquer tipo de suporte financeiro para o estudo obtido nos últimos 3 anos ou em um futuro previsível. Esta declaração inclui, mas não está limitada à compra e venda de ações, bolsas, fomentos, empregos, afiliações, *royalties*, invenções, relações com organizações financiadoras (governamentais, comerciais, não-profissionais, etc.), aulas, palestras para indústrias farmacêuticas, patentes (solicitadas, registradas, em análise ou fase de preparação) ou viagens; independente do valor envolvido. Se um ou mais autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados, isto precisa ser explicitamente informado (p.ex. Drs. Leme Lopes e Nobre de Mello não possuem conflitos de interesse a serem declarados). Os autores interessados em obter mais informações sobre este tópico podem ler um editorial publicado no *British Medical Journal*, intitulado "*Beyond conflict of interest*", que está disponível em: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/281>.

Os conflitos de interesse e declarações de suporte financeiro devem ser escritos em uma sessão separada, intitulada "Conflitos de Interesse", após a sessão "Conclusões".

## Questões éticas

O Jornal Brasileiro de Psiquiatria considera a integridade ética a pedra fundamental da pesquisa científica e da assistência a seres humanos. Assim, na sessão intitulada "Material e Métodos", os autores devem identificar a aprovação e o comitê de ética da instituição que revisou o estudo. Ainda, em caso de estudos envolvendo seres humanos, os autores devem declarar explicitamente que todos os participantes concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, os autores devem descrever os métodos empregados para avaliar a capacidade dos voluntários em entender e dar seu consentimento informado para participar do estudo, além de descrever também as estratégias utilizadas no estudo para garantir a proteção do participantes. Finalmente, em caso de estudos envolvendo animais, os autores devem declarar que as normas institucionais e nacionais para o cuidado e emprego de animais de laboratório foram estritamente seguidas.

## Registro de experimentos clínicos

Antes de subter um manuscrito para avaliação pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria, os ensaios clínicos precisam ser registrados em uma base pública de registros de experimentos clínicos. Um ensaio clínico é aqui definido como qualquer pesquisa que recruta prospectivamente seres ou grupos de humanos para receber uma ou mais intervenções (farmacológica ou não), a fim de se avaliar seu impacto na saúde. Estes ensaios podem ser registrados antes ou durante o recrutamento dos voluntários. Para ser considerada válida, uma base de registros de ensaios clínicos precisa ser acessível gratuitamente ao público, deve possuir mecanismos que possibilitem ser pesquisáveis eletronicamente, deve ser aberta para o registro de todos os ensaios prospectivos e gerenciada por uma agência sem fins lucrativos. Alguns exemplos são a *National Institutes of Health Clinical Trials* (<http://www.clinicaltrials.gov>), a *Nederlands Trial Register* (<http://www.trialregister.nl>), a *UMIN Clinical Trials Registry* (<http://www.umin.ac.jp/ctr>) e o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>), entre outras. O nome do estudo e sua URL, o nome da base de registro de ensaios clínicos e sua URL, assim bem como o número de registro do estudo devem ser descritos imediatamente após a sessão "Declaração de Conflito de Interesses".

## Estrutura geral do manuscrito

Abreviações devem ser evitadas. Porém, abreviações oficiais podem ser usadas, desde de que a primeira menção do termo no texto seja feita de forma completa e por extenso, seguida de sua abreviação entre parênteses. Os autores devem usar o nome genérico dos medicamentos, ao invés de seus nomes comerciais.

Todas as páginas devem ser numeradas, com a contagem total de palavras indicada na primeira página (não devem ser contadas as palavras do resumo em português e inglês, das referências e das figuras e ilustrações).

A primeira página deve conter o título, o título curto (ambos em português e em inglês), a contagem total de palavras do manuscrito, o nome dos autores e suas afiliações. O título do artigo não deve conter siglas ou acrônimos. O título curto deve conter até 50 caracteres (incluindo espaços) e um máximo de cinco palavras. Diferente do título, o título curto deve aparecer no topo de cada página do manuscrito (no mesmo idioma que o manuscrito foi

escrito).

A segunda página deve conter o resumo em português e o número de registro do experimento (quando aplicável, ver acima). O resumo deve ser informativo, claro e sucinto, descrevendo o conteúdo do manuscrito em até 250 palavras. Para artigos originais, relatos breves e revisões, o resumo deve ser estruturados em 4 tópicos: objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Após o resumo, devem ser incluídas até cinco palavras-chave. Estas palavras, se possível, devem ser retiradas da lista de termos MeSH do Index Medicus e ser escolhidas considerando sua utilidade para a localização do artigo. Para artigos escritos em português, estes termos podem ser encontrados nos *Descritores de Ciências da Saúde*, publicados pela BIREME.

A terceira página deve conter o resumos e as palavras-chave em inglês. Ambos devem ser equivalentes às suas versões em português.

A quarta página deve conter o início ou toda a Introdução. Em artigos originais, relatos breves e revisões, a Introdução deve ser seguida pelas seções Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Contribuições Individuais, Conflitos de Interesses, Agradecimentos e referências; nesta ordem. Apesar do Jornal Brasileiro de Psiquiatria não estipular um número máximo de páginas, os autores devem sempre respeitar o número máximo de palavras e referências permitido para cada tipo de artigo. Tabelas e figuras devem vir após as referências, devem ser citadas no texto, e o local desejado para sua inserção deve ser indicado no manuscrito.

Introdução - Deve incluir uma revisão sucinta de toda a literatura diretamente relacionada ao assunto em questão, além disso, deve descrever os objetivos do estudo.

Métodos - Deve relatar o desenho do estudo e descrever detalhadamente os métodos empregados, de forma a permitir que outros autores sejam capazes de replicá-lo.

Resultados - Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e sucinta, usando-se, ocasionalmente, o auxílio de tabelas e figuras.

Discussão - A discussão deve limitar-se a destacar as conclusões do estudo, considerando as similaridades e diferenças dos seus resultados e daqueles de outros autores, as implicações dos seus resultados, as limitações do seu estudo e as perspectivas futuras.

Conclusões - Os autores devem especificar, de preferência em um único parágrafo curto, somente as conclusões que podem ser respaldadas pelos dados do estudo, assim como sua importância clínica (sem generalizações excessivas).

Contribuições individuais - Nesta sessão, o manuscrito deve descrever as contribuições específicas feitas por cada um dos autores. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve preencher, no mínimo, todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho dos estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada.

Conflitos de interesse - Cada autor deve revelar qualquer potencial conflito de interesse (financeiro ou não) que possa ter potencial de ter enviesado o estudo. Caso um ou mais dos

autores não possuam conflitos de interesse a serem declarados, isto deve ser afirmado explicitamente (ver seção Declaração de Conflitos de Interesse e Suporte Financeiro)

Agradecimentos - Nesta seção, os autores devem reconhecer as assistências pessoais e técnicas recebidas, assim como fornecer informação detalhada a respeito de todas as fontes de financiamento ou outras formas de auxílio econômico.

Referências - Devem seguir o estilo Vancouver ("*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication*" [[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)]), ordenadas de acordo com a sua citação no texto. Exemplos:

Artigos:

- Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.
- Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livros:

- Goodwin FFK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulos de livros:

- Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social Phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press, 1995.

Referências a páginas da internet:

- Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. [http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao ta/diretrizes\\_moda.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf). Acessado em 12 de Abril de 2007.

Tabelas e figuras:

Todas as tabelas e figuras devem seguir a formatação do estilo da APA (*Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition*). Além disso, todas devem ser numeradas com algarismos arábicos e ter suas respectivas legendas. Devem ainda estar em formato digital próprio para a sua reprodução. Cada tabela deve ser auto-explicativa, e não deve repetir informações apresentadas no texto. Os lugares para a inserção das tabelas devem ser claramente assinalados no texto.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, nos formatos .tif ou .jpg.

### **Submissão dos manuscritos**

Visando reduzir o tempo entre a submissão do manuscrito, a decisão final dos editores, e sua eventual publicação, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria implementou o sistema de submissão e acompanhamento online através do Editorial Manager ([www.editorialmanager.com/jbp](http://www.editorialmanager.com/jbp)). Desta forma, o Jornal Brasileiro de Psiquiatria não aceita mais manuscritos enviados por e-mail. Todos os manuscritos, sem exceções, devem ser submetidos através do sistema do Editorial Manager. Durante o processo de submissão, os autores precisarão fornecer um título e um título curto (máximo de cinco palavras), indicar o autor de correspondência, incluir um resumo conciso e uma carta de apresentação e sugerir quatro pareceristas em potencial (atenção: os pareceristas sugeridos não podem trabalhar na mesma instituição/departamento, ter relações próximas ou ter publicado como co-autor de qualquer um dos autores). Não seguir este último requerimento pode levar a recusa do manuscrito.

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

### **Carta de apresentação**

Na carta de apresentação os autores devem fornecer o nome completo e as afiliações de todos os autores e o endereço de contato do autor para correspondência (endereço, endereço de e-mail, telefones, fax, etc.). Além disso, os autores devem explicar porque eles acreditam que o manuscrito submetido é adequado para publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria, destacando sua relevância e seus aspectos inovadores. Os autores são ainda solicitados a declarar claramente que o manuscrito submetido representa um material original, que não foi publicado anteriormente e que não está sendo avaliado para publicação em nenhum outro lugar.

Se os autores receberam ajuda de escritores técnicos ou revisores de idiomas quando prepararam o manuscrito, isto deve ser explicitado na carta de apresentação, junto com a declaração de que os autores são totalmente responsáveis pelo conteúdo científico do manuscrito. Para ser considerado um autor, cada colaborador deve, no mínimo, preencher todas as seguintes condições: (1) ter contribuído significativamente na concepção e desenho dos estudo, ou na análise e interpretação dos dados; (2) ter contribuído substancialmente na elaboração do artigo, ou revisado criticamente o seu conteúdo intelectual e (3) ter aprovado sua versão final a ser publicada. A supervisão/coordenação geral do grupo de pesquisa por si só não justifica a autoria. Participação somente na aquisição de verbas provenientes de fontes financiadoras ou na coleta de dados também não são suficientes para justificar autoria. A fim de garantir que todas essas condições sejam satisfeitas, os autores são solicitados a incluir uma declaração a respeito da autoria, descrevendo separadamente o papel de cada um dos autores no estudo e na preparação do manuscrito. Caso esta declaração sobre autoria não tenha sido incluída na carta de apresentação, o manuscrito não será revisto.

## **Após a submissão**

### **Revisão por pares**

Após receber o manuscrito através do Editorial Manager, os editores julgarão se ele será revisto pelos pareceristas anônimos. Sua decisão será baseada no foco de publicação do jornal e na estrutura, originalidade e relevância do manuscrito para o campo. Em seguida, caso os revisores decidam assim, o manuscrito será enviado a pelo menos dois revisores anônimos e independentes (que não são necessariamente aqueles sugeridos pelos autores). Os editores do Jornal Brasileiro de Psiquiatria esforçam-se para manter rápido o processo de publicação. Geralmente o período entre a submissão e o aceite do manuscrito é de cerca de três meses. Os autores receberão um e-mail dos editores com sua decisão final e uma cópia dos comentários dos revisores. No caso de ter sido indicada a revisão do manuscrito, os autores devem enviar um texto final com as alterações necessárias (respondendo cada item levantado pelos revisores), seguindo as instruções dadas pelos editores. Os autores devem reproduzir o item levantado pelo revisor imediatamente antes de cada uma das suas respostas. Enviar apenas as respostas separadas dos itens levantados pelos revisores poderá lentificar o processo de avaliação do manuscrito. Todo este processo pode ser acompanhado pelos autores através do Editorial Manager.

### **Carta de autorização**

Os autores devem submeter a seguinte carta de autorização juntamente ao manuscrito:

"Os autores abaixo-assinados aprovam, através desta, a submissão deste trabalho e da subsequente transferência de todos os seus direitos autorais para o Jornal Brasileiro de Psiquiatria, a fim de permitir a sua publicação. Os autores atestam ainda que o seu trabalho representa um material original, que não infringe nenhum direito autoral de terceiros, e que nenhuma parte deste trabalho foi publicada ou será submetida para publicação em outro lugar, até que tenha sido rejeitado pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Finalmente, os autores concordam em indenizar os editores por qualquer dano ou prejuízo secundário a quebra deste acordo. No caso do manuscrito não ser publicado, seu direito autoral retorna a seus autores."

Todos os autores devem assinar este documento, e incluir seus nomes completos, endereços, telefones e e-mails. Esta carta deve ser escaneada e submetida aos editores através do Editorial Manager.