

ARTIGO ORIGINAL

QUALIDADE DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM UNIVERSITÁRIOS

Lisiane Daniela Paim¹, Anderson Garcez²,
Rafaela Santi Dell’Osbel³, Fernanda Bissigo Pereira⁴

Destaques

- (1) Transtornos alimentares prejudicam a saúde e a qualidade de vida.
- (2) Estudo transversal com 353 universitários da saúde do Sul do Brasil.
- (3) Universitários com risco para transtornos alimentares tiveram pior qualidade de vida.

RESUMO

Os transtornos alimentares podem ocasionar inúmeros prejuízos à saúde, incluindo má qualidade de vida. Este estudo objetivou explorar a associação entre qualidade de vida e comportamentos de risco para transtornos alimentares. Um estudo transversal foi conduzido com uma amostra de 353 universitários da área da saúde do Sul do Brasil. A qualidade de vida foi avaliada por meio do WHOQOL-bref, e os comportamentos de risco para transtornos alimentares por intermédio do EAT-26. A análise foi conduzida mediante estatísticas descritivas, testes não paramétricos e regressão de Poisson. A média de idade da amostra foi de $25,9 \pm 8,2$ anos e verificou-se uma mediana (Med) de 66,3 pontos (intervalo interquartil [IIQ]: 58,6-74,0) no escore total de qualidade de vida, incluindo uma prevalência de pior qualidade de vida de 28,3% (Intervalo de Confiança [IC] 95%: 23,6-33,0). Uma menor pontuação do escore de qualidade de vida foi verificada entre os universitários com comportamentos de risco (Med: 63,0; IIQ: 52,9-70,2) em relação aos sem comportamentos de risco (Med: 67,3; IIQ: 60,6-75,0; $p=0,002$). Após ajuste, os universitários com comportamentos de risco para transtornos alimentares apresentaram uma probabilidade 79% maior de ter pior qualidade de vida (Razão de Prevalência [RP] = 1,79; IC95%: 1,28-2,50; $p=0,001$) quando comparados àqueles sem comportamentos de risco. Assim, os achados deste estudo indicaram uma pior qualidade de vida entre os universitários com comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Palavras-chave: qualidade de vida; distúrbios alimentares; estudantes universitários.

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9229-7926>

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1111-4890>

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4643-0973>

⁴ Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG. Caxias do Sul, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8492-2333>

INTRODUÇÃO

O interesse por estudos sobre qualidade de vida teve um aumento significativo nas últimas décadas, principalmente a partir dos anos 1980.¹ A qualidade de vida possui um caráter multifatorial, considerando a autopercepção do indivíduo sobre quatro grandes esferas: 1) condição física; 2) condições psicológica, afetiva e cognitiva; 3) relacionamentos sociais; e 4) relação com o meio-ambiente que o cerca.¹ A qualidade de vida é, portanto, um conceito amplo, dinâmico e subjetivo, que não visa apenas ao controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, mas tangencia o impacto que o estado de saúde tem sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente.¹ A qualidade de vida é, sobretudo, um dos resultados esperados do emprego das políticas públicas de saúde na prevenção de doenças.¹ É esperado, portanto, que a melhora na qualidade de vida seja justamente o resultado positivo advindo da adoção de condutas mais efetivas nos tratamentos ofertados aos pacientes.¹

Indivíduos acometidos por transtornos alimentares podem sofrer de diversos sintomas que demandam cuidados e que colocam em risco a sua saúde física e mental, podendo, inclusive, aumentar os riscos de mortalidade e suicídio.^{2,3} Os transtornos alimentares são caracterizados por perturbações persistentes no ato de se alimentar⁴, atingindo de 2% a 4% na população adulta.² Categorizam-se como os principais transtornos alimentares a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a compulsão alimentar periódica.⁴ Já os comportamentos de risco para transtornos alimentares precedem a instauração dos transtornos alimentares em si e estão associados a uma preocupação excessiva com o peso e a forma corporal,³ hábitos alimentares anormais, como dietas restritivas e jejum, bem como práticas insalubres para controle de peso, como o uso de laxantes, medicamentos para emagrecer e vômitos autoinduzidos.^{3,5}

Achados prévios indicam uma possível associação entre transtornos alimentares, assim como os comportamentos de risco para transtornos alimentares, e qualidade de vida. Uma revisão sistemática que incluiu um total de 79 estudos com o objetivo de investigar a relação entre qualidade de vida relacionada à saúde e transtornos alimentares, constatou que, além de os pacientes com transtorno alimentar terem uma qualidade de vida significativamente menor quando comparados à população em geral, estes também representaram um aumento nos custos com saúde devido a uma alta taxa de hospitalização, atendimento ambulatorial e necessidade de uso da emergência hospitalar.⁶ Outro estudo que avaliou 40 pacientes com diagnóstico de transtornos alimentares internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, observou um prejuízo em seis dos oito domínios de qualidade de vida nos pacientes que apresentaram maiores pontuações na escala de comportamentos de risco para transtornos alimentares.⁷ Além disso, os graves e persistentes sintomas impactam a qualidade de vida, posto que o domínio mais comprometido é o afetivo-emocional.^{6,7}

Estudantes universitários podem ser considerados pertencentes a um grupo populacional de risco para transtornos alimentares, uma vez que esses indivíduos precisam passar a lidar com uma série de situações características do início da vida adulta, como a adaptação a novas regras sociais, que exigem mudanças no estilo de vida e nos métodos de organização dos estudos, além do estresse e incertezas envolvendo a escolha de uma carreira, possíveis dificuldades financeiras, dentre outros inúmeros fatores.⁸ Dados apontam uma prevalência de comportamentos de risco para transtornos alimentares entre 23,7% e 30,1% entre universitários residentes nas cinco regiões do Brasil,⁵ além de achados prévios com universitários da área da saúde que identificaram prevalências de 12,6% em universitários turcos⁹ e de 17,4% em uma metanálise com dados de 20 países.¹⁰ Ademais, estudos prévios também apontam uma possível associação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e qualidade de vida em universitários, evidenciando-se que os universitários com

comportamentos de risco para transtornos alimentares tendem a apresentar uma menor qualidade de vida,^{6,7,11} inclusive entre universitários da área da saúde.¹²

Assim, com base no supraexposto, o objetivo principal deste estudo foi explorar a associação entre qualidade de vida e comportamentos de risco para transtornos alimentares em universitários da área da saúde de uma instituição de ensino superior privada localizada na Serra Gaúcha (Rio Grande do Sul, Brasil).

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, de delineamento transversal, composto por uma amostra de universitários de ambos os sexos e com 18 anos ou mais de idade, matriculados nos cursos da área da saúde de uma instituição de Ensino Superior privada localizada na Serra Gaúcha (Rio Grande do Sul, Brasil). A presente instituição de ensino possuía um total de 2898 alunos matriculados nos cursos da área da saúde no período investigado (segundo semestre de 2020).

Instrumentos

Utilizou-se um questionário autoaplicável, composto por questões demográficas, socioeconômicas e acadêmicas, cujas perguntas foram elaboradas pelos próprios pesquisadores, além de questões relacionadas a dois instrumentos previamente validados para a avaliação da qualidade de vida e comportamentos de risco para transtornos alimentares.

Quanto às covariáveis, foram coletadas características demográficas, socioeconômicas e acadêmicas. As demográficas incluíram sexo (feminino, masculino), idade (coletada em anos completos e posteriormente categorizada por faixas etárias: 18 a 25 anos, 26 a 35 anos, 36 a 45 anos e 46 a 60 anos), estado civil (solteiro(a), casado(a), divorciado(a)), se reside com o companheiro (sim, não), se reside sozinho (sim, não), renda familiar mensal (agrupadas nas categorias de 1 a 5 salários mínimos, de 5 a 10 salários mínimos, de 10 a 15 salários mínimos e > 15 salários mínimos) e número de disciplinas cursando no semestre (coletada como quantitativa e categorizada pelo valor da média e mediana em < 4 disciplinas e ≥ 4 disciplinas).

A variável de exposição principal em estudo – presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares – foi avaliada por meio da aplicação do instrumento EAT-26 (do inglês, *Eating Attitudes Test*), considerando a sua versão traduzida e validada para o português brasileiro.¹³ Este instrumento consiste em um total de 26 questões, incluindo opções de resposta em escala do tipo *Likert*, variando de nunca a sempre, gerando um sistema de pontuação (score) total de zero a 78 pontos, representado pela somatória dos valores atribuídos às respostas das questões. Um escore de 21 pontos ou mais indica a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares.¹³

O desfecho em estudo – qualidade de vida – foi avaliado por meio do instrumento WHOQOL-bref (do inglês *World Health Organization Quality of Life Assessment*), em sua versão traduzida e validada para o português brasileiro.¹⁴ Este instrumento é composto por um total de 26 questões, incluindo quatro domínios: físico (relacionado com aspectos físicos do indivíduo, como necessidade de medicamentos e de tratamento médico, experiências de dor, desconforto, alterações na energia, fadiga, sono e repouso, bem como a capacidade de mobilidade e de realizar atividades da vida cotidiana e de trabalho), psicológico (engloba a habilidade de pensar, aprender, ter memória e concentração, bem como a espiritualidade, religião e crenças pessoais, além da imagem corporal, aparência e autoestima), relações sociais (aborda as relações pessoais, suporte social e atividade sexual) e meio ambiente (relacionado com aspectos de segurança física e proteção, recursos financeiros, disponibi-

lidade e qualidade de cuidados de saúde, bem como a oportunidade de participação em atividades de recreação e lazer).¹⁴ As respostas consistem em formato de escala do tipo *Likert*, incluindo opções que variam de um a cinco, em que quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida.¹⁴ A tabulação do questionário de qualidade de vida e seus domínios foi seguida de acordo com as diretrizes estabelecidas originalmente por Fleck *et al.*¹⁴ Assim, primeiramente calculou-se os escores dos domínios por meio da soma dos escores da média de questões que compõem cada domínio. Além disso, nos domínios compostos por até sete questões, somente foram calculados quando o número de questões não respondidas não foi igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, no entanto, este foi calculado somente se o número de questões não respondidas não foi igual ou superior a três. O resultado foi multiplicado por quatro, sendo representado por uma escala que variou de 4 a 20 pontos, e os escores dos domínios também foram convertidos para um escore final entre 0 e 100 pontos.¹⁴ A qualidade de vida também foi explorada de forma dicotômica, classificando-se com pior qualidade de vida todos aqueles com pontuação menor que 60 pontos (ponto de corte < 60) no escore final. Este ponto de corte foi considerado com base na mediana identificada no tercil inferior da amostra e em referências prévias sobre o tema.^{15,16} Destaca-se que todos os respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente mais que seis questões (80% do total de questões do instrumento), foram excluídos do estudo.

Coleta dos dados

Foram convidados a participar do estudo os universitários da área da saúde devidamente matriculados nos cursos de Graduação em Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Estética e Cosmética, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Foram considerados critérios de inclusão todos os universitários, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos. Um cálculo de tamanho amostral foi realizado por amostragem aleatória simples,¹⁷ em que se considerou um intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5%, magnitude de efeito de 25% e um percentual de perda de 10%, resultando em um tamanho de amostra de 340 alunos.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2020. A pesquisa foi anunciada aos universitários por meio da divulgação por professores e pelos diretórios acadêmicos de cada curso. Posteriormente os universitários receberam um *link* de acesso aos questionários, o qual foi divulgado por intermédio de *e-mail* enviado pelos professores bem como pelas redes sociais administradas pelos diretórios acadêmicos. O instrumento de coleta de dados foi disponibilizado por intermédio de um formulário eletrônico, utilizando a ferramenta *Google Forms*®. Todos os universitários participantes do estudo leram e deram aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual autorizou suas participações e posterior publicação dos resultados em anonimato. Ademais, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha, sob parecer n. 4.026.278.

ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis qualitativas foram descritas por frequência absoluta (n) e relativa (%). A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de Shapiro-Wilk, o qual indicou uma distribuição assimétrica. As variáveis quantitativas, portanto, foram apresentadas por meio de medidas de tendência central (mediana (Med)) e seus respectivos valores de dispersão (intervalo interquartil (IIQ) – percentis 25 e 75). O Teste U de Mann-Whitney ou Teste de Kruskal-Wallis com *post-hoc* de Bonferroni, foram realizados, conforme apropriado, visando a identificar a diferença nas pontuações do escore total e por domínios de qualidade de vida (desfecho), conforme as categorias da variável de exposição principal e

covariáveis.¹⁷ O teste Exato de Fisher foi utilizado para identificar heterogeneidade de proporções de pior qualidade de vida conforme as categorias das variáveis.

Razões de Prevalência (RP) bruta e ajustada, e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), foram obtidas por meio de regressão de Poisson, com variância robusta,¹⁸ para a associação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e qualidade de vida. Foram considerados e incluídos como potenciais fatores de confusão, na análise ajustada, todas as variáveis associadas ao desfecho com $p < 0,30$ na análise bivariada.

Todas as análises foram conduzidas no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0, considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Um total de 353 universitários, com média de idade de 25,9 anos (desvio-padrão = 8,2), aceitaram participar e compuseram a amostra final deste estudo. Em relação aos cursos de Graduação, a maioria cursava nutrição (25,8%), seguidos por enfermagem (17,3%), biomedicina (16,4%), fisioterapia (11,3%), psicologia (10,8%), odontologia (7,9%), educação física (4,8%), medicina veterinária (2,8%), farmácia (2,3%), estética e cosmética (0,3%) e terapia ocupacional (0,3%), respectivamente (dados não apresentados em tabelas). A Tabela 1 expõe as características gerais da amostra. A maioria da amostra foi composta por universitários do sexo feminino (90,4%), com idade entre 18 e 25 anos (65,2%), solteiros (79,3%) e que residiam sozinhos (93,8%). Ainda, a maior parte dos universitários (63,7%) reportou renda familiar entre um e cinco salários-mínimos e estavam cursando quatro disciplinas ou mais (56,7%). Já em relação ao comportamento de risco para transtorno alimentar, verificou-se a sua presença em 25,5% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da amostra e do escore de qualidade de vida conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais em universitários da área da saúde de uma IES do Sul do Brasil. 2020. (n=353)

Variáveis	n (%)	Qualidade de vida (WHOQOL-bref)			
		Escore Total		Ponto de corte < 60	
		Med (P25–P75)	p-valor*	n (%)	p-valor**
Sexo			0,590		0,689
Feminino	319 (90,4)	66,3 (58,3–74,0) ^a		92 (28,8)	
Masculino	34 (9,6)	69,2 (60,3–73,3) ^a		8 (23,5)	
Idade em anos			0,272		0,214
18 a 25	230 (65,2)	66,3 (57,7–73,3) ^a		68 (29,6)	
26 a 35	75 (21,2)	68,2 (58,6–75,0) ^a		22 (29,3)	
36 a 45	31 (8,8)	68,2 (63,4–78,8) ^a		4 (12,9)	
46 a 60	17 (4,8)	68,2 (55,7–73,5) ^a		6 (35,3)	
Estado civil			0,781		0,849
Solteiro/a	280 (79,3)	66,3 (58,6–74,0) ^a		79 (28,2)	
Casado/a	67 (19,0)	65,4 (59,6–72,1) ^a		20 (29,9)	
Divorciado/a	6 (1,7)	67,3 (62,0–73,1) ^a		1 (16,7)	
Reside com o companheiro/a			0,282		0,107
Não	319 (90,4)	66,3 (58,6–74,0) ^a		86 (27,0)	
Sim	34 (9,6)	64,4 (55,7–71,1) ^a		14 (41,2)	
Reside sozinho/a			<0,001		<0,001
Não	331 (93,8)	66,3 (59,6–74,0) ^a		85 (25,7)	
Sim	22 (6,2)	55,7 (48,3–66,1) ^b		15 (68,2)	

Renda em SM			<0,001	<0,001
De 1 a 5	225 (63,7)	63,4 (55,7–70,7) ^a	80 (35,6)	
De 5 a 10	83 (23,5)	70,2 (62,5–75,9) ^b	12 (14,5)	
De 10 a 15	22 (6,2)	69,7 (59,1–73,5) ^{ab}	6 (27,3)	
> 15	23 (6,5)	71,1 (66,3–80,7) ^b	2 (8,7)	
Número de disciplinas			0,042	0,285
< 4	153 (43,3)	64,4 (56,7–74,0) ^a	48 (31,4)	
≥ 4	200 (56,7)	67,3 (59,6–74,0) ^b	52 (26,0)	
Comportamentos de risco para transtornos alimentares			0,002	0,001
Ausente	263 (74,5)	67,3 (60,6–75,0) ^a	62 (23,6)	
Presente	90 (25,5)	63,0 (52,9–70,2) ^b	38 (42,2)	

Legenda: Med – Mediana. P25 – Percentil 25. P75 – Percentil 75. SM, Salário-Mínimo. n (%), Frequência absoluta e relativa.

Variáveis categóricas foram descritas por frequência absoluta e relativa e as variáveis numéricas contínuas foram descritas por mediana e intervalo interquartil (percentis em 25 e 75).

*Teste U de Mann-Whitney ou Teste de Kruskal-Wallis e *post-hoc* de Bonferroni para identificar as diferenças na pontuação da qualidade de vida conforme as categorias das variáveis.

**Teste Exato de Fisher para identificar heterogeneidade de proporções conforme as categorias das variáveis.

ab – Letras distintas expressam a diferença entre as medianas da qualidade de vida. Valores em **negrito** são estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

A mediana da pontuação do escore total de qualidade de vida foi de 66,3 pontos (IIQ: 58,6-74,0), incluindo uma prevalência de pior qualidade de vida de 28,3% (IC95%: 23,6 – 33,0). Uma menor pontuação do escore total de qualidade de vida, assim como uma maior prevalência de pior qualidade de vida, foi observada entre os universitários que relataram morar sozinhos, com menor renda familiar e que cursavam quatro disciplinas ou menos (Tabela 1). Em relação à associação entre qualidade de vida e comportamentos de risco para transtornos alimentares, identificou-se uma menor pontuação do escore total de qualidade de vida entre os universitários com comportamentos de risco (Med: 63,0; IIQ: 52,9-70,2) quando comparado àqueles sem comportamentos de risco (Med: 67,3; IIQ: 60,6-75,0; $p=0,002$). Do mesmo modo, a prevalência de pior qualidade de vida foi significativamente maior entre os universitários com comportamentos de risco para transtornos alimentares (42,2%) quando comparado àqueles sem comportamentos de risco (23,6%) (Tabela 1).

Quanto aos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente da qualidade de vida, estes apresentaram medianas de 71,4 (IIQ: 60,7-78,6), 66,6 (IIQ: 54,1-70,8), 66,6 (IIQ: 50,0-75,0) e 65,6 (IIQ: 56,2-71,9) pontos, respectivamente. Na Tabela 2 são apresentadas as comparações dos escores de qualidade de vida pelos seus domínios conforme as covariáveis exploradas. Observou-se uma menor pontuação do escore do domínio físico entre aqueles que residiam sozinhos, enquanto uma menor pontuação do domínio psicológico foi observada entre aqueles com idade de 18 a 25 anos, naqueles que residiam sozinhos e com menor renda familiar. Em relação ao domínio de relações sociais, verificou-se menor pontuação entre os universitários que residiam sozinhos e entre aqueles que cursavam menos de quatro disciplinas, enquanto no domínio meio ambiente uma menor pontuação do escore foi verificada entre aqueles que residiam sozinhos, com menor renda familiar e entre aqueles que cursavam menos de quatro disciplinas (Tabela 2). Em relação à associação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e os domínios do escore de qualidade de vida, uma menor pontuação do escore de qualidade de vida foi observada entre aqueles com presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares no domínio psicológico (Med: 54,1; IIQ: 45,8-66,6 vs. Med: 66,6; IIQ: 54,1-70,8; $p < 0,001$) e no domínio meio ambiente (Med: 59,4; IIQ: 53,1-71,9 vs. Med: 65,6; IIQ: 56,2-71,9; $p=0,016$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição das variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais em relação aos domínios de qualidade de vida (WHOQOL-bref) em universitários da área da saúde de uma IES do Sul do Brasil. 2020. (n=353)

Variáveis	Domínio I Físico Med (P25 – P75)	p-valor*	Domínio II Psicológico Med (P25 – P75)	p-valor*	Domínio III Relações Sociais Med (P25 – P75)	p-valor*	Domínio IV Meio-ambiente Med (P25 – P75)	p-valor*
Sexo		0,557		0,385		0,317		0,886
Feminino	71,4 (60,7–78,5) ^a		66,6 (54,1–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (56,2–71,8) ^a	
Masculino	71,4 (67,8–78,5) ^a		62,5 (54,1–79,1) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (59,3–71,8) ^a	
Idade em anos		0,094		0,001		0,559		0,787
18 a 25 anos	71,3 (60,7–78,6) ^a		62,5 (50,0–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		62,5 (56,2–71,8) ^a	
26 a 35 anos	75,0 (64,3–82,1) ^a		62,5 (50,0–75,0) ^{ab}		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (56,2–71,8) ^a	
36 a 45 anos	75,0 (64,3–82,1) ^a		70,8 (66,6–75,0) ^b		66,6 (58,3–75,0) ^a		65,6 (59,3–71,8) ^a	
46 a 60 anos	60,7 (55,3–78,5) ^a		70,8 (66,6–75,0) ^b		66,6 (29,1–75,0) ^a		62,5 (46,8–81,2) ^a	
Estado civil		0,445		0,102		0,448		0,480
Solteiro/a	71,4 (60,7–78,5) ^a		62,5 (54,1–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (58,2–71,8) ^a	
Casado/a	67,8 (57,1–78,5) ^a		66,6 (50,0–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (56,2–71,8) ^a	
Divorciado/a	67,8 (59,8–78,5) ^a		70,8 (69,8–79,1) ^a		75,0 (64,9–75,0) ^a		62,5 (49,2–66,4) ^a	
Reside com o companheiro/a		0,585		0,661		0,440		0,124
Não	71,4 (60,7–78,6) ^a		66,6 (54,1–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (56,2–71,9) ^a	
Sim	71,4 (57,1–75,9) ^a		64,6 (53,1–71,9) ^a		62,5 (50,0–83,3) ^a		62,5 (55,4–68,7) ^a	
Reside sozinho/a		0,004		0,043		0,023		0,001
Não	71,4 (60,7–78,6) ^a		66,6 (54,1–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (56,2–71,9) ^a	
Sim	60,7 (55,3–75,0) ^b		56,2 (41,6–70,8) ^b		58,3 (31,2–75,0) ^b		56,2 (40,6–65,6) ^b	
Renda		0,074		0,003		0,214		<0,001
De 1 a 5 SM	67,8 (60,7–78,7) ^a		62,5 (50,0–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		59,4 (53,1–68,7) ^a	
De 5 a 10 SM	75,0 (67,8–82,1) ^a		66,6 (54,1–70,8) ^{ab}		66,6 (58,3–83,3) ^a		68,7 (59,4–75,0) ^b	
De 10 a 15 SM	71,4 (52,7–78,6) ^a		64,6 (61,4–75,0) ^{ab}		66,6 (50,0–75,0) ^a		71,9 (61,1–75,8) ^{bc}	
> 15 SM	75,0 (67,8–85,7) ^a		70,8 (62,5–75,0) ^b		66,6 (58,3–75,0) ^a		75,0 (68,7–84,4) ^c	
Número de disciplinas		0,446		0,623		0,028		0,008
< 4	67,8 (60,7–78,6) ^a		66,6 (54,1–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		62,5 (56,2–68,7) ^a	
≥ 4	71,4 (60,7–78,6) ^a		62,5 (54,1–70,8) ^a		66,6 (58,3–75,0) ^b		65,6 (57,0–75,0) ^b	
Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares		0,102		<0,001		0,160		0,016
Ausente	71,4 (60,7–78,6) ^a		66,6 (54,1–70,8) ^a		66,6 (50,0–75,0) ^a		65,6 (56,2–71,9) ^a	
Presente	67,8 (57,1–78,6) ^a		54,1 (45,8–66,6) ^b		66,6 (50,0–75,0) ^a		59,4 (53,1–71,9) ^b	

Legenda: WHOQOL-bref, *World Health Organization Quality of Life Assessment*. Med – Mediana. P25 – Percentil 25. P75 – Percentil 75. n, Frequência absoluta. SM, Salário-Mínimo. Variáveis numéricas contínuas foram descritas por mediana e intervalo interquartil (percentis em 25 e 75).

*Teste U de Mann-Whitney ou Teste de Kruskal-Wallis e *post-hoc* de Bonferroni para identificar as diferenças na pontuação da qualidade de vida com as variáveis de exposição.

ab – Letras distintas expressam a diferença entre as medianas dos domínios estudados. Valores em **negrito** são estatisticamente significativos (p<0,05)

A Tabela 3 apresenta as razões de prevalências, brutas e ajustadas, para a associação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e qualidade de vida. Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e pior qualidade de vida. Após ajuste observou-se que os universitários com comportamentos de risco para transtornos alimentares apresentaram uma probabilidade 79% maior de ter pior qualidade de vida (RP = 1,79; IC95%: 1,28 – 2,50; $p=0,001$) quando comparados àqueles sem comportamentos de risco (Tabela 3).

Tabela 3 – Razões de Prevalências (RP), bruta e ajustada, e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) para a associação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e qualidade de vida em universitários da área da saúde de uma IES do Sul do Brasil. 2020. (n=353)

Comportamentos de risco para transtornos alimentares	Qualidade de vida (WHOQOL-bref)		
	Pior Qualidade de Vida Ponto de corte < 60	Bruta	Ajustada**
	n (%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Ausente	62 (23,6)	1,00 (Referência)	1,00 (Referência)
Presente	38 (42,2)	1,79 (1,29-2,48)	1,79 (1,28-2,50)
p-valor*		<0,001	0,001

* p-valor para teste Wald para heterogeneidade de proporções obtido por meio da regressão de Poisson com variância robusta.

**Razão de Prevalência ajustadas para idade, reside com o companheiro/a, reside sozinho/a, renda em SM e número de disciplinas.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal explorar a associação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e qualidade de vida em universitários da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior privada localizada na Serra Gaúcha (Rio Grande do Sul, Brasil). Dentre os seus achados, verificou-se uma associação significativa entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e menor qualidade de vida, posto que universitários com comportamentos de risco para transtornos alimentares apresentaram uma probabilidade 79% maior para pior qualidade de vida.

No presente estudo universitários com comportamentos de risco para transtornos alimentares apresentaram uma pior qualidade de vida. Dados de estudos prévios demonstraram que a qualidade de vida tende a diminuir em universitários que apresentam comportamentos de risco para transtornos alimentares, tanto nos de cursos em geral,^{12,19} quanto nos específicos da área da saúde.¹¹ Nesse sentido, um estudo, que analisou 399 universitários brasileiros da área da saúde, identificou uma menor qualidade de vida, considerando todos os domínios do WHOQOL-bref entre aqueles com comportamentos de risco para transtornos alimentares.¹¹ Já outro estudo, que investigou a associação entre hábitos alimentares e qualidade de vida entre 1.212 estudantes universitários chilenos, identificou uma melhor qualidade de vida entre os acadêmicos que não apresentaram comportamentos de risco para transtornos alimentares.¹⁹ Potenciais mecanismos são apontados para explicar a relação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e uma diminuição na qualidade de vida. Um estudo de revisão sistemática sugere que a perda de controle sobre o comer, que leva a comportamentos compensatórios, parece contribuir de maneira significativa para a diminuição da qualidade de vida, acarretando prejuízos na sua percepção.²⁰ Dentre os comportamentos compensatórios, o purgativo, e em especial o vômito autoinduzido, contribui significativamente em prejuízos para a qualidade de vida, pois este comportamento está associado a sintomatologias ansiosas e depressivas.²⁰

Em relação à qualidade de vida, o presente estudo identificou uma mediana de 66,3 pontos na pontuação do escore total de qualidade de vida. Estudos prévios identificaram resultados semelhantes; um que analisou 1.350 estudantes universitários da área da saúde, pertencentes a 22 instituições brasileiras de Ensino Superior, e que encontrou um escore médio de 63,57 pontos,²¹ e outro que analisou 399 universitários da área da saúde e verificou um escore médio de 65,70 pontos.¹¹ Já em relação aos domínios de qualidade de vida, o presente estudo identificou medianas de 71,4 (IIQ: 60,7-78,6), 66,6 (IIQ: 54,1-70,8), 66,6 (IIQ: 50,0-75,0) e 65,6 (IIQ: 56,2-71,9) pontos para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente da qualidade de vida, respectivamente. Achados semelhantes também foram observados em estudos prévios, incluindo uma mediana semelhante de 67,85 para o domínio físico em universitários de Minas Gerais¹¹ e uma mediana de 68,34 em universitários da área da saúde no último ano de Graduação na China.²² Em relação aos demais domínios, esses mesmos estudos verificaram para o domínio psicológico medianas de 62,50¹¹ e 65,12²², enquanto no domínio de relações sociais foram verificados medianas de 75,00¹¹ e 64,68²² e de 62,50¹¹ e 55,83²² para o domínio do meio ambiente.

No presente estudo uma menor pontuação do escore total de qualidade de vida foi observada entre os universitários que relataram morar sozinhos e entre aqueles com menor renda familiar, enquanto uma maior pontuação foi observada entre os universitários que cursavam quatro disciplinas ou mais. Nesse sentido, estudos prévios apontaram que morar com outras pessoas pode ser considerado um fator protetor para melhor qualidade de vida, considerando que indivíduos que moravam com a família ou os pais tenderam a apresentar uma melhor qualidade de vida quando comparados àqueles que moram sozinhos.²³ Em relação à renda familiar, achado prévio também apontou uma melhor qualidade de vida, principalmente nos domínios físico e social, entre universitários com maior renda familiar.¹¹ Já em relação ao número de disciplinas sendo cursadas, pode-se inferir que essa associação é potencialmente explicada pelo fato de os universitários que cursam mais disciplinas também serem aqueles com maior renda familiar, uma vez que a universidade em questão é privada.

Em relação à ocorrência de comportamentos de risco para transtornos alimentares, o presente estudo identificou uma prevalência de 25,5% entre os estudantes universitários. Prevalências semelhantes foram verificadas em estudos prévios, incluindo uma prevalência de 26,1% entre 2.483 universitárias da área da saúde das cinco regiões do Brasil⁵ e de 26,8% entre 1.608 universitários no primeiro ano do curso e de cursos em geral, sendo 15,4% da área da saúde de uma universidade pública localizada no Estado do Mato Grosso, Região Centro-Oeste do Brasil.²⁴ Prevalência semelhante também foi observada entre 1.493 universitários franceses de diferentes cursos (22,9% da área da saúde), em que 24,8% dos universitários apresentaram comportamentos de risco para transtornos alimentares.²⁵ Em relação aos comportamentos de risco, o estudo conduzido com universitárias de cursos da área da saúde nas cinco regiões do Brasil, identificou que 40,7% faziam regime para emagrecer, 35,6% usavam dieta ou métodos compensatórios, 23,9% pulavam refeições, 12,6% ficavam à base de líquidos ou sem comer para emagrecer e que 3,3% provocavam vômito forçado.⁵ Essas condições indicam potenciais consequências prejudiciais dos comportamentos de risco para transtornos alimentares, enfatizando o purgativo, que pode estar associado a prejuízos na qualidade de vida, como já indicado em um estudo de metanálise.²⁰

Dentre os pontos fortes do presente estudo, destaca-se que este contemplou o estudo de uma temática ainda pouco explorada no contexto brasileiro, contemplando um grupo populacional específico de universitários da área da saúde. Destaca-se que a amostra explorada incluiu o tamanho inicialmente calculado, possivelmente em decorrência de ter-se utilizado de uma pesquisa no formato *on-line*. Ademais, o presente estudo utilizou instrumentos previamente testados e validados para a avaliação da qualidade de vida (desfecho em estudo), assim como para a avaliação dos comportamentos de risco para transtornos alimentares (exposição principal em estudo). Algumas

limitações, contudo, devem ser destacadas e mencionadas. Uma limitação do presente estudo diz respeito ao seu delineamento, considerando que estudos com delineamento transversal são limitados quanto ao estabelecimento de relações causais, posto que este não permite observar a temporalidade, elemento importante para estabelecer associações de causa e efeito, e que tanto exposição quanto desfecho foram avaliados ao mesmo tempo. Assim, uma possível presença de causalidade reversa entre comportamentos de risco para transtorno alimentar e qualidade de vida não pode ser totalmente descartada. Nesse sentido, os achados deste estudo devem ser considerados com cautela, e estudos longitudinais tornam-se necessários para confirmar as relações identificadas nesta pesquisa. Um possível viés de memória também não pode ser totalmente descartado, considerando que o participante da pesquisa respondeu ao questionário de coleta de dados levando em conta as duas últimas semanas. Considerando a multiplicidade de fatores associada com a qualidade de vida, destaca-se como potencial limitação a não coleta e inclusão de variáveis como a prática de atividade física e estado nutricional nas análises deste estudo. Por fim, o emprego de questionários autoaplicáveis pode favorecer erros de interpretação pelos próprios respondentes.

CONCLUSÕES

O presente estudo revelou uma importante associação entre comportamentos de risco para transtornos alimentares e qualidade de vida em universitários da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior privada localizada na Serra Gaúcha (Rio Grande do Sul, Brasil). Uma pior qualidade de vida foi observada entre universitários com comportamentos de risco para transtornos alimentares. Dessa forma, nossos resultados sugerem que aspectos relacionados a comportamentos alimentares podem influenciar a saúde e a qualidade de vida de universitários. Assim, estes achados reforçam a necessidade e a importância de ações, programas e políticas de saúde que objetivem cuidado e promoção à saúde neste grupo populacional, visando a uma diminuição da ocorrência de transtornos alimentares e melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ¹ Landeiro GM, Pedrozo CC, Gomes MJ, Oliveira ER. [Systematic review of studies on quality of life indexed on the SciELO database]. *Cien Saude Colet* 2011;16(10):4257-4266. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011001100031>
- ² Harrer M, Adam SH, Messner EM, Baumeister H, Cuijpers P, Bruffaerts R, Auerbach RP, Kessler RC, Jacobi C, Taylor CB, Ebert DD. Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2020;53(6):813-833. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.23224>
- ³ McLean SA, Paxton SJ. Body Image in the Context of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2019;42(1):145-156. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.006>
- ⁴ American Psychiatric Association D-. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
- ⁵ Alvarenga Mdos S, Scagliusi FB, Philippi ST. Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Cien Saude Colet* 2012;17(2):435-444. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000200016>
- ⁶ Agh T, Kovacs G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Voko Z, Sheehan DV. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord* 2016;21(3):353-364. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- ⁷ Oliveira-Cardoso ÉA, Coimbra AC, Santos MA. Qualidade de vida em pacientes com anorexia e bulimia nervosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2018;34(0). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34411>
- ⁸ Vila-Martí A, Elio I, Sumalla-Cano S. Eating Behavior during First-Year College Students, including Eating Disorders-RUVIC-RUNEAT-TCA Project. Protocol of an Observational Multicentric Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18):9457. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189457>

- ⁹ Tayhan Kartal F, Yabanci Ayhan N. Relationship between eating disorders and internet and smartphone addiction in college students. *Eat Weight Disord.* 2021;26(6):1853-1862. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01027-x>
- ¹⁰ Fekih-Romdhane F, Daher-Nashif S, Alhuwailah AH, Al Gahtani HMS, Hubail SA, Shuwiekh HAM, Khudhair MF, Alhaj OA, Bragazzi NL, Jahrami H. The prevalence of feeding and eating disorders symptomatology in medical students: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eat Weight Disord.* 2022;27(6):1991-2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01351-w>
- ¹¹ Costa DG, Carleto CT, Santos VS, Haas VJ, Goncalves R, Pedrosa LAK. Quality of life and eating attitudes of health care students. *Rev Bras Enferm* 2018;71(suppl 4):1642-1649. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0224>
- ¹² Silva WRD, Campos J, Maroco J. Impact of inherent aspects of body image, eating behavior and perceived health competence on quality of life of university students. *PLoS One.* 2018;13(6):e0199480. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199480>
- ¹³ Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
- ¹⁴ Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-183. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>
- ¹⁵ Silva PA, Soares SM, Santos JF, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saude Publica.* 2014;48(3):390-397. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004912>
- ¹⁶ Silva SM, Santana ANC, Silva N, Novaes M. VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to detect quality of life in older adults in primary health care. *Rev Saude Publica.* 2019;53:26. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000802>
- ¹⁷ Capp E, Nienov OH. Bioestatística quantitativa aplicada. 2020. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bits-tream/handle/10183/213116/001117616.pdf>
- ¹⁸ Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3(1):21. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
- ¹⁹ Lanuza F, Morales G, Hidalgo-Rasmussen C, Balboa-Castillo T, Ortiz MS, Belmar C, Munoz S. Association between eating habits and quality of life among Chilean university students. *J Am Coll Health.* 2022;70(1):280-286. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1741593>
- ²⁰ Tirico PP, Stefano SC, Blay SL. [Quality of life and eating disorders: a systematic review]. *Cad Saude Publica* 2010;26(3):431-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000300002>
- ²¹ Peleias M, Tempski P, Paro HB, Perotta B, Mayer FB, Enns SC, Gannam S, Pereira MAD, Silveira PS, Santos IS, Carvalho CR, Martins MA. Leisure time physical activity and quality of life in medical students: results from a multicentre study. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2017;3(1):e000213. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2016-000213>
- ²² Zhang Y, Qu B, Lun S, Wang D, Guo Y, Liu J. Quality of life of medical students in China: a study using the WHO-QOL-BREF. *PLoS One.* 2012;7(11):e49714. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049714>
- ²³ Burnette D, Ye X, Cheng Z, Ruan H. Living alone, social cohesion, and quality of life among older adults in rural and urban China: a conditional process analysis. *Int Psychogeriatr.* 2021;33(5):469-479. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610220001210>
- ²⁴ de Matos AP, Rodrigues PRM, Fonseca LB, Ferreira MG, Muraro AP. Prevalence of disordered eating behaviors and associated factors in Brazilian university students. *Nutr Health.* 2021;27(2):231-241. DOI: <https://doi.org/10.1177/0260106020971136>
- ²⁵ Tavalacci MP, Dechelotte P, Ladner J. Eating Disorders among College Students in France: Characteristics, Help-and Care-Seeking. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(16):5914. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165914>

Submetido em: 2/8/2023

Aceito em: 16/7/2024

Publicado em: 13/3/2025

Contribuições dos autores

Lisiane Daniela Paim: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Metodologia; Investigação; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Anderson Garcez: Conceituação; Análise Formal; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Rafaela Santi Dell’Osbel: Conceituação; Análise Formal; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Fernanda Bissigo Pereira: Conceituação; Curadoria de dados; Análise Formal; Investigação; Supervisão; Redação do manuscrito original; Redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Não possui financiamento.

Autor correspondente

Lisiane Daniela Paim

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Rua Sarmento Leite, 245 – Centro Histórico. 90050-170. Porto Alegre, RS, Brasil.

lisianepaim@gmail.com

Editor: Dr. Giuseppe Potrick Stefani

Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído
sob os termos da licença Creative Commons.

