

## **RISCO DE SUICÍDIO, DEPRESSÃO E TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES**

Thiago da Silva Freitas (1); Rosana Christine Cavalcanti Ximenes (2).

Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico de Vitória; thiago-25@hotmail.com .

**Resumo:** O suicídio é uma das principais causas de mortalidade e morbidade entre os adolescentes. Estudos apontam forte relação entre suicídio e transtornos alimentares nessa faixa etária, e a associação da com esse tipo de ocorrência ainda é complexa. Desta forma objetiva-se determinar a prevalência de risco de suicídio, depressão e transtornos alimentares em adolescentes. Caracteriza-se como estudo transversal, realizado com 134 estudantes da rede pública da cidade de Vitória de Santo Antão, com idade entre 10 e 17 anos. Todos assinaram TCE. Como instrumentos foram empregados o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), o Teste de Avaliação Bulímica de Edinburg, adaptados para adolescentes, Inventário de Depressão Infantil – CDI e o M.I.N.I. - Versão brasileira 5.0.0. Mediante os dados obtidos, verificou-se que os maiores percentuais com risco de suicídio foram registrados quando o pesquisado tinha depressão, a qual não teve associação com transtornos alimentares. Além disso, foi constatado que 20,9% dos adolescentes apresentavam risco de suicídio e que cerca de 30% destes apresentaram sintomas de bulimia.

**Palavras-chave:** Suicídio. Depressão. Transtorno alimentar. Adolescente.

### **INTRODUÇÃO**

O suicídio e a tentativa de suicídio entre adolescentes são considerados fenômenos complexos e multifacetados. A compreensão dos fatores desencadeantes constitui um forte desafio, exigindo estudos interdisciplinares, de forma a evitar uma visão unidimensional do problema (TEIXEIRA, 2004).

Avanci (2004) referiu que vários fatores podem influenciar no processo de adolecer. Entre estes, estão a família e a sociedade, que podem, de forma positiva, contribuir para o seu amadurecimento e bem-estar, ou de forma negativa, capaz de deixar sequelas que o acompanharão por toda vida.

Alguns autores afirmaram que problemas de relacionamento com os pais, irmãos, namorados e até mesmo com os professores podem contribuir para o estabelecimento dos transtornos alimentares (TA). Além disso, podem também colocar o adolescente no grupo de risco para o suicídio ou tentativa de suicídio (MILANI, 1991; KAUFMAN, 2000). TEIXEIRA, 2004, PIETRO; TAVARES, 2005.

Os transtornos alimentares (TA) – anorexia e bulimia nervosas – tem recebido uma enorme atenção nas últimas décadas, devido ao reconhecimento de sua prevalência e às dificuldades relacionadas ao seu tratamento. Diferente de estudos passados,

que consideravam somente jovens mulheres como grupo atingido, hoje se sabe que crianças de ambos os sexos e homens adultos também são acometidos por estes distúrbios da alimentação (CAMPOS, 2002; VILELA, et al., 2004; PERES; SANTOS, 2006).

Na literatura, começa-se a discutir as dificuldades relativas ao diagnóstico de TA no público masculino, ainda cercado por escassos estudos e muitos estereótipos; mesmo com o primeiro caso clínico de um homem com TA ter sido relatado em 1689 (MELIN; ARAÚJO, 2002).

Em um estudo exploratório realizado no Hospital Central de Portugal, com 144 pacientes, com idades de 13 a 32 anos e diagnóstico de transtornos alimentares, Machado et al. (2004), observaram que as tentativas de suicídio estão relacionadas com os sintomas e a gravidade diagnóstica dos transtornos alimentares - anorexia e bulimia nervosas.

Crow et al. (2008) realizaram uma pesquisa com 4.746 estudantes do ensino médio e fundamental de escolas públicas, em Minnesota, nos Estados Unidos e observaram que o comportamento suicida entre adolescentes está associado aos sintomas de transtornos alimentares.

No Brasil, os transtornos alimentares, principalmente entre adolescentes, tem tido destaque crescente. Ximenes (2004) encontrou uma prevalência de 17,4% entre adolescentes com 14 anos apresentando sintomas de transtornos alimentares na cidade de Recife, sendo observada uma associação significativa entre sintomas de transtorno alimentar e gênero, com a prevalência mais elevada no gênero feminino, sem diferenciação significativa entre as classes sociais.

A associação entre TAs e depressão também está bem estabelecida na literatura (HERZOG et al., 1992; FAIRBURN; COOPER, 1993; BRAUN; SUNDAY; HALMI, 1994; CORDÁS; BUSSE, 1995; BREWERTON et al., 1995; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; HALBE; HALBE; RAMOS, 2000; LEITE; PINTO, 2001; MASO et al., 2001) e isto se deve ao fato dos adolescentes afetados apresentarem sintomas depressivos como resposta a sequelas psicológicas, nível elevado de ansiedade, baixo limiar à frustração, prejuízo no controle dos impulsos e insegurança (BEHAR, 1994; LOUZÃ NETO et al., 1995).

Além de a depressão infantil interferir no rendimento escolar, algumas investigações têm mostrado que os sintomas depressivos também afetam os hábitos de estudos dos alunos. Os

estudos que visam à relação entre sintomas depressivos e o uso de estratégias de aprendizagem são escassos, portanto, pouco se conhece sobre como os sintomas depressivos interferem no uso das estratégias cognitivas e metacognitivas (PALLADINO et al. 2001; PEKRUN et al. 2002).

Crianças que não conseguem progresso no aprendizado escolar ou que se mantêm impulsivas, agressivas ou socialmente incompetentes, estão em alto risco para distúrbios psicossociais na adolescência (BOLSONI-SILVA et al., 2010). É extremamente importante conhecer as estratégias de aprendizagem dos alunos, bem como saber até que ponto os fatores emocionais, mais especificamente a depressão, podem interferir no uso dessas estratégias, pois, como descrevem Costa e Boruchovitch (2000).

Dentre outros aspectos que podem ser analisados em adolescentes portadores de transtornos alimentares ou até mesmo aqueles que apresentam apenas sintomas iniciais estão à questão do comportamento suicida associado aos sintomas depressivos. Apesar de existirem dados relevantes de prevalência de TA's, não há estudos que os relacionem com o risco de suicídio associado à depressão em adolescentes.

Atualmente, as estratégias para o tratamento de distúrbios alimentares se concentram mais nas atitudes e comportamentos alimentares do que sobre a depressão. Sendo assim, torna-se de extrema importância tratar a depressão em adolescentes com transtornos alimentares; pois esta parece amplificar a gravidade da doença, levando, muitas vezes, ao risco de suicídio nesta população.

Diante deste quadro, este estudo se propõe a determinar a prevalência de risco de suicídio, depressão e transtornos alimentares em adolescentes.

## **METODOLOGIA**

Esse estudo foi desenvolvido na cidade de Vitória de Santo Antão, Zona da Mata do Estado de Pernambuco. A cidade de Vitória de Santo Antão possui 372 Km<sup>2</sup> de extensão territorial, com uma população de 129.974 habitantes (IBGE, 2010).

A população estudada foi a de pré-adolescentes e adolescentes, correspondendo à faixa etária de 10 a 17 anos, de ambos os sexos, matriculados na rede pública de ensino, no período referente à coleta de dados do estudo. Esta faixa etária foi

escolhida em decorrência dos resultados de vários estudos que apontam o aumento de pré-adolescentes com sintomas de transtornos. (XIMENES, 2008; VILELA, 2004).

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de estudantes matriculados na rede pública de ensino em Vitória de Santo Antão, na faixa etária alvo da pesquisa. O cálculo foi baseado em estudos em Recife, pois não existe dados de prevalência de TA's na cidade. Foi utilizado o programa EPI-INFO versão 6.04 para determinar o tamanho da amostra, utilizando erro de 3,0%, confiabilidade de 95,0% e proporção esperada de 33,1% de sintomas de transtornos alimentares (XIMENES; COUTO; SOUGEY, 2010).

Sendo assim, foram totalizados 936 jovens. Como o tipo de amostra foi por conglomerados, este valor foi multiplicado por 1.2, por conta do efeito cluster, resultando em 1.123, acrescido de 20%, para que eventuais perdas não comprometessem a representatividade da amostra, o número total de adolescentes a serem avaliados foi de 1.347. Como se trata de um estudo piloto, esta pesquisa foi realizada com 10% da amostra. Sendo assim, resultou em 134 adolescentes.

Os dados referentes às informações socioeconômico-demográficas de cada participante da pesquisa, assim como os dados referentes aos transtornos alimentares (anorexia e bulimia nervosas), os sintomas depressivos e o risco de suicídio foram obtidos pelo pesquisador através da utilização de questionários específicos como o Questionário de Dados Socioeconômicos e Demográficos; Escalas para rastreamento de transtornos da alimentação: Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26 - "Eating Attitudes Test") e o Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo (BITE - "Bulimic Investigatory Test of Edinburgo"), em versões para adolescentes; Inventário de Depressão Infantil - CDI; Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. - Versão brasileira 5.0.0) - Módulo C - Risco de Suicídio.

As coletas foram realizadas na própria escola, em sala, no horário do intervalo das aulas. Os alunos participaram da coleta em seu turno de frequência. Só foram avaliados após a entrega do termo de compromisso assinado por eles e por seus responsáveis.

As etapas da coleta foram divididas conforme: Local de estudo: Escola Estadual; Realização de contato com a direção da escola para a obtenção da carta de anuência, possibilitando a realização da pesquisa; Explicação da metodologia de pesquisa aos alunos e entrega dos termos de compromissos àqueles interessados em participar do estudo. Este termo deverá ser

assinado pelos alunos e seus responsáveis; Aplicação dos instrumentais escolhidos: o questionário biodemográfico, o questionário de classificação econômica da ABEP/2011, EAT-26, BITE, CDI e o M.I.N.I – Módulo C – Risco de Suicídio.

Os dados foram registrados em um banco de dados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 17.0. Para a análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva envolveu a obtenção das distribuições absolutas, relativas e das medidas estatísticas: média e desvio padrão, apresentadas sob a forma de tabelas. As técnicas de estatística inferencial foram utilizadas para analisar a associação entre a presença ou não do risco de suicídio com os transtornos alimentares, através dos testes: teste Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson, considerando-se um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi iniciada após a análise e a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, e após a autorização da Secretaria da Educação da cidade de Vitória de Santo Antão (Solicitação de Carta de Anuência).

Os adolescentes participaram do estudo após a autorização da mãe ou responsável através da leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo à resolução número 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados biodemográficos estão descritos na Tabela 1, mostrando a predominância do sexo feminino na faixa etária de 14 a 17 anos.

**Tabela 1.** Características dos pesquisados

Variável	N	%
<b>TOTAL</b>	139	100,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	48	34,5
Feminino	91	62,3
<b>Faixa etária</b>		
10 a 13 anos	52	37,4
14 a 17 anos	87	62,6
<b>Tem irmão</b>		
Sim	132	95,0

Não	7	5,0
<b>Posição na família</b>		
Caçula	51	36,7
Intermediário	26	18,7
Mais velho	55	39,6
Filho único	7	5,0
<b>Quantidade de cômodos</b>		
Até 2	15	10,8
3 a 4	23	16,5
5 a 6	37	26,6
7 ou mais	64	46,0
<b>Quantidade de pessoas na casa</b>		
Até 2	5	3,6
3 a 4	82	59,0
5 a 6	43	30,9
7 ou mais	9	6,5
<b>Classe econômica</b>		
A2	1	0,7
B1	10	7,2
B2	30	21,6
C1	43	30,9
C2	43	30,9
D	12	8,6
<b>Grau de instrução do responsável</b>		
Até fundamental incompleto	58	41,7
Fundamental	31	22,3
Ensino Médio	37	26,6
Superior	13	9,4

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Os dados descritivos referentes aos sintomas de transtornos alimentares, depressão e suicídio estão apresentados na Tabela 2

**Tabela 2.** Avaliação da prevalência de transtornos alimentares, sintomas depressivos e risco de suicídio

Variável	N	%
<b>TOTAL</b>	139	100,0
<b>EAT</b>		
Positivo	28	20,1
Negativo	111	79,1
<b>Escore do BITE</b>		
Negativo	79	56,8
Médio	59	42,4
Elevado	1	0,7
<b>Intensidade do BITE</b>		
Negativo	131	94,2
Significativo	6	4,3
Grande	2	1,4
<b>Classificação do CDI</b>		
Positivo	12	8,6
Negativo	127	91,4
<b>Classificação do MINI</b>		

Sem risco	110	79,1
Baixo	11	7,9
Moderado	6	4,3
Alto	12	8,6
<b>Classificação do MINI</b>		
Com risco de suicídio	29	20,9
Sem risco de suicídio	110	79,1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Na Tabela 3 os dados referentes às associações dos níveis de risco de suicídio e os sintomas de depressão e transtornos alimentares, não apresentando associação estatisticamente significativa. Nesta tabela não houve associação significativa entre as variáveis estudadas.

**Tabela 3.** Avaliação do risco de suicídio segundo a ocorrência de transtorno alimentar e depressão.

Variável	Classificação do MINI								Total	Valor de p	
	Sem risco		Baixo		Moderado		Alto				
	n	%	N	%	n	%	n	%			N
<b>Grupo total</b>	110	79,1	11	7,9	6	4,3	12	8,6	139	100,0	
<b>EAT</b>											p <sup>(1)</sup> =0,965
Positivo	22	78,6	2	7,1	1	3,6	3	10,7	28	100,0	
Negativo	88	79,3	9	8,1	5	4,5	9	8,1	111	100,0	
<b>Escore do BITE</b>											p <sup>(1)</sup> =0,080
Médio/Elevado	42	70,0	8	13,3	4	6,7	6	10	60	100,0	
Negativo	68	86,1	3	3,8	2	2,5	6	7,6	79	100,0	
<b>Intensidade do BITE</b>											p <sup>(1)</sup> =0,057
Significativo/Grande	4	50,0	2	25,0	-	-	2	25,0	8	100,0	
Negativo	106	80,9	9	6,9	6	4,6	10	7,6	131	100,0	
<b>Classificação do CDI</b>											p <sup>(1)</sup> =0,307
Positivo	8	66,7	1	8,3	1	8,3	2	16,7	12	100,0	
Negativo	102	80,3	10	3,9	5	3,9	10	7,9	127	100,0	

(1): Através do teste Exato de Fisher

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Dos resultados contidos na Tabela 4 se verifica que o escore do BITE foi a única variável com associação significativa com o risco de suicídio ( $p < 0,05$ ).

De acordo com a revisão de literatura, estes dados corroboram com alguns estudos (PATTON, 1988; FAVARO, 1997; BULIK, 1999; CORCOS, 2002; KEEL, 2003; FRANKO, KEEL, 2006; GUILLAUME, 2011), quando descrevem que, na bulimia, as taxas de tentativa de suicídio são maiores devido a característica impulsiva dos indivíduos bulímicos, principalmente entre aqueles que utilizam uma compensação múltipla de comportamentos purgativos.

**Tabela 4.** Avaliação do risco de suicídio segundo a ocorrência de transtorno alimentar e depressão

Variável	Risco de suicídio (MINI)						Valor de p
	Com		Sem		Total		
	N	%	n	%	n	%	
<b>Grupo total</b>	29	20,9	110	79,1	139	100,0	
<b>EAT</b>							$p^{(1)} = 0,934$
Positivo	6	21,4	22	78,6	28	100,0	
Negativo	23	20,7	88	79,3	111	100,0	
<b>Escore de BITE</b>							$p^{(1)} = 0,021^*$
Médio/Elevado	18	30,0	42	70,0	60	100,0	
Negativo	11	13,9	68	86,1	79	100,0	
<b>Intensidade do BITE</b>							$p^{(2)} = 0,059$
Significativo/Grande	4	50,0	4	50,0	8	100,0	
Negativo	25	19,1	106	80,9	131	100,0	
<b>Classificação do CDI</b>							$p^{(2)} = 0,274$
Positivo	4	33,3	8	66,7	12	100,0	
Negativo	25	19,7	102	80,3	127	100,0	

(\*): Significativo a 5%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Na Tabela 5 se apresenta o estudo do risco de suicídio com a ocorrência de transtorno alimentar em comorbidade com a depressão (EAT e CID), além do escore BITE (EAT e escore BITE) e intensidade do BITE (EAT e intensidade do BITE). Desta tabela, se verifica que os maiores percentuais com risco de suicídio foram registrados quando o pesquisado tinha depressão (1/3 dos 6 casos) e os menores percentuais entre os que não tinham depressão (18,2% com transtorno e sem depressão e 20,0% sem transtorno e sem depressão), entretanto sem associação significativa ( $p > 0,05$ ).

Nesta tabela não houve associação significativa entre as variáveis estudadas, mas é interessante notar que dos adolescentes com risco de suicídio 66,7% tinham EAT (+) e BITE significativo/grande intensidade.

**Tabela 5.** Avaliação do risco de suicídio segundo as variáveis conjuntas: EAT/CID, EAT/BITE e EAT/Intensidade do BITE

Variável	Risco de suicídio (MINI)						Valor de p
	Com		Sem		Total		
	N	%	n	%	N	%	
<b>EAT e CID</b>							
EAT positivo e CID positivo	2	33,3	4	66,7	6	100,0	$p^{(1)}=0,614$
EAT positivo e CID negativo	4	18,2	18	81,8	22	100,0	
EAT negativo e CID positivo	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
EAT negativo e CID negativo	21	20,0	84	80,0	105	100,0	

#### EAT e escore BITE

EAT positivo e BITE médio/elevado	6	30,0	14	70,0	20	100,0	p <sup>(1)</sup> =0,093
EAT positivo e BITE negativo	-	-	8	100,0	8	100,0	
EAT negativo e BITE médio/elevado	12	30,0	28	70,0	40	100,0	
EAT negativo e BITE negativo	11	15,5	60	84,5	71	100,0	

#### EAT e intensidade BITE

EAT positivo e BITE significativo/grande	2	66,7	1	33,3	3	100,0	p <sup>(1)</sup> =0,120
EAT positivo e BITE negativo	4	16,0	21	84,0	25	100,0	
EAT negativo e BITE significativo/grande	2	40,0	3	60,0	5	100,0	
EAT negativo e BITE negativo	21	19,8	85	80,2	106	100,0	

#### (1): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Na Tabela 6 se apresenta o estudo do risco de suicídio com as variáveis conjuntas: escore BITE e CID e intensidade do BITE com CID. Dos resultados contidos na referida tabela se verifica associação significativa entre risco de suicídio com a avaliação conjunta de escore BITE e depressão e para esta variável se verifica que o percentual com risco foi 66,7% entre os 6 pesquisados com BITE médio/moderado e CID positivo, foi aproximadamente 1/4 entre os que tinham BITE médio/moderado e CID negativo e variou de 0,0% a 15,1% entre os que tinham BITE negativo.

Estes dados também corroboram com a literatura, onde os autores Kennedy et al., 1994; Wonderlich & Mitchell, 1997; Sullivan . et al., 1998, encontraram que adolescentes com distúrbios alimentares graves são mais deprimidos, conseqüentemente, contribui para a ocorrência de comportamentos suicida.

**Tabela 6.** Avaliação do risco de suicídio segundo a ocorrência das variáveis conjuntas: escore BIT/CID e intensidade do BITE/CID

Variável	Risco de suicídio (MINI)				Total		Valor de p
	Com		Sem		N	%	
	n	%	n	%			
<b>Escore BITE e CID</b>							p <sup>(1)</sup> =0,016*
BITE médio/elevado e CID positivo	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
BITE médio/elevado e CID negativo	14	25,4	40	74,1	54	100,0	
BITE negativo e CID positivo	-	-	6	100,0	6	100,0	
BITE negativo e CID negativo	11	15,1	62	84,9	73	100,0	
<b>Intensidade BITE e CID</b>							p <sup>(1)</sup> =0,065
BITE significativo/grande e CID negativo	1	100,0	-	-	1	100,0	
BITE negativo e CID negativo	3	42,9	4	57,1	7	100,0	

BITE significativo/grande e CID positivo	3	27,3	8	72,1	11	100,0
BITE negativo e CID negativo	22	18,3	98	81,7	120	100,0

(\*): Associação significativa a 5,0%

(1): Através do teste Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, verificou-se uma prevalência de adolescentes do sexo feminino, com idades de 14 à 17 anos, com baixo nível socioeconômico. O risco de suicídio foi observado em 20,9% dos adolescentes. Cerca de 30% dos adolescentes com risco de suicídio apresentaram sintomas de bulimia (médio/elevado). A maioria dos entrevistados, cerca de 66,7% dos adolescentes, com risco de suicídio apresentavam sintomas bulímicos, associados com sintomas depressivos. Os resultados relacionado a depressão, foi presente em uma parcela dos entrevistados, porém não teve conexão com transtornos alimentares. Apesar disso o nível do risco de suicídio não foi associado às variáveis EAT-26, BITE e CDI avaliadas.

Embora o diagnóstico de depressão não seja função dos educadores, a escola e o professor exercem papel importante no reconhecimento dos sintomas de depressão e TA, tendo em vista que a doença interfere no rendimento do aluno e também tende a influir no emprego de estratégias de aprendizagem. É possível que a queda no rendimento escolar possa ser fator de alerta como um sinal para os pais e professores de que algo não vai bem com o escolar.

Sendo assim, a inteligência emocional obtida através vivências seja de cunho individual ou coletivo. Dessa forma, os profissionais encubidos na função de “educar”, devem atuar de forma que promova à Educação e à Sociedade, mudanças em aspectos os quais elas tanto necessitam: amor, equilíbrio, respeito ao próximo, valorização do ser humano e harmonia nas relações.

## REFERÊNCIAS

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 28-31, 2000.

BAPTISTA, M. N., RIGOTTO, D. M. & CALAIS, S. L. Suicídio: epidemiologia, características, fatores de risco e medidas preventivas. Em: H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), **Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade**(Vol. 15, pp. 350-359). Santo André: ESETec Editores Associados .(2005)

BEHAR, V. S. Abordagem psicoterápica do paciente com bulimia nervosa. **Insight-**

**psicoterapia**, v. 43, p. 11-14, 1994.

BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini; MARTURANO, Edna Maria; FREIRIA, Ludmilla Rubinger Bethonico. Indicativos de problemas de comportamento e de habilidades sociais em crianças: um estudo longitudinal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, 2010.

BRAUN, Devra L.; SUNDAY, S. R.; HALMI, K. A. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders<sup>1</sup>. **Psychological medicine**, v. 24, n. 4, p. 859-867, 1994.

BULIK, Cynthia M.; SULLIVAN, P. F.; JOYCE, P. R. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 100, n. 1, p. 27-32, 1999.

CORCOS, M. et al. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 106, n. 5, p. 381-386, 2002.

CORDÁS, T.A.; BUSSE, S.R. Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas. In: LOUZÃ NETO, M.R. et al. **Psiquiatria Básica**. São Paulo: Artes Médicas, cap.14, p. 273-282, 1995.

COSTA, ER da; BORUCHOVITCH, E. Fatores que influenciam o uso de estratégias de aprendizagem. **Psico-USF**, v. 5, n. 1, p. 11-24, 2000.

FAVARO, Angela; SANTONASTASO, P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 95, n. 6, p. 508-514, 1997.

FABBRI, A. D.; DERAM, S.; KERR, D. S.; CORDÁS, T. A. Ghrelin and eating disorders. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 52-62, 2015.

FLEITLICH, Bacy W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 323-329, 2000.

FOMBONNE, Eric. Increased rates of psychosocial disorders in youth. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 248, n. 1, p. 14-21, 1998.

GUILLAUME, Sebastien et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. **PLoS One**, v. 6, n. 8, p. e23578, 2011.

HALBE, Hans Wolfgang; HALBE, Aparecida Francisca Pedace; RAMOS, Laudelino de Oliveira. A saúde da adolescente. **Pediatr Mod**, v. 36, p. 133-76, 2000.

HERZOG, David B. et al. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 31, n. 5, p. 810-818, 1992.

HUDSON, James I. et al. Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. **Psychiatry research**, v. 9, n. 4, p. 345-354, 1983.

KEEL, Pamela K. et al. Predictors of mortality in eating disorders. **Archives of General Psychiatry**, v. 60, n. 2, p. 179-183, 2003.

KEEL, Pamela K.; MITCHELL, James E. Outcome in bulimia nervosa. **The American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 3, p. 313, 1997.

KENNEDY, Sidney H. et al. Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa:

discriminating depressive symptoms and episodes. **Journal of psychosomatic research**, v. 38, n. 7, p. 773-782, 1994.

PALLADINO, Paola et al. The relation between metacognition and depressive symptoms in preadolescents with learning disabilities: Data in support of Borkowski's model. **Learning Disabilities Research & Practice**, v. 15, n. 3, p. 142-148, 2000.

PATTON, G. C. Mortality in eating disorders. **Psychological Medicine**, v. 18, n. 4, p. 947-951, 1988.

PEKRUN, Reinhard et al. Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. **Educational psychologist**, v. 37, n. 2, p. 91-105, 2002.

SULLIVAN, Patrick F. et al. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 7, p. 939-946, 1998.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A. T. Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. **Porto Alegre: Artmed**, 2010.

WONDERLICH, Stephen A.; MITCHELL, James E. Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. **Psychopharmacology bulletin**, v. 33, n. 3, p. 381, 1997.

XIMENES, Rosana Christine Cavalcanti et al. O impacto de transtornos alimentares na saúde bucal de adolescentes aos 14 anos. **JBP rev. Ibero-am. odontopediatr. odontol. bebê**, v. 7, n. 40, p. 543-550, 2004.