

JOANNE COELHO MINZON

**FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE ADOLESCENTES
DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE CAMPO GRANDE - MS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2010

JOANNE COELHO MINZON

**FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE
TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE ADOLESCENTES
DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE CAMPO GRANDE - MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2010

Ficha Catalográfica

Minzon, Joanne Coelho

M668f Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares entre adolescentes de uma escola pública de Campo Grande-MS / Joanne Coelho Minzon; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. 2010
92 f. + anexo

Dissertação (Mestrado de Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo. Grande, 2010.

Inclui bibliografia

1. Distúrbios alimentares – Adolescentes 2. Obesidade – Aspectos psicológicos 3. Dieta 4. Nutrição I. Souza, José Carlos Rosa Pires de II. Título

CDD -616.8526

A dissertação apresentada por JOANNE COELHO MINZON, intitulada “FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE CAMPO GRANDE - MS”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza
(orientador/UCDB)

Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins (UFGD)

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (UCDB)

Profa. Dra. Lucy Nunes Ratier Martins (UCDB)

Campo Grande, MS, 6 de maio de 2010.

À minha família e a todas as pessoas que fizeram e fazem a diferença na minha vida; àquelas que me apoiaram nesta caminhada, as que me deram força nos momentos de insegurança e aquelas que acreditaram no meu potencial. É com vocês que sabem que moram no meu coração, que eu quero compartilhar mais esta conquista!

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus e a minha Mãezinha do céu Auxiliadora, que, além de me dar luz e discernimento nos momentos de desespero e angústia, me abençoa e guiam todos os meus passos a cada despertar e me dão forças para enfrentar cada novo obstáculo.

A minha família: aos meus pais José Paulo e Lourdes e ao meu irmão João Paulo que, mesmo nas dificuldades, nunca pouparam esforços, sempre me incentivaram ao estudo, que me amam incondicionalmente, que sempre apoiaram as minhas escolhas e sempre estão do meu lado, com palavras de incentivo em todos os sorrisos e lágrimas. Sem vocês, eu não sou nada! Amo muito vocês!

Ao meu amor, André, que sempre demonstrou todo o amor e companheirismo principalmente nos momentos de fragilidade. Obrigada também pela paciência durante o enorme estresse e pela força através das palavras de incentivo, para continuar seguindo em frente e me enchendo de alegria a cada conversa. Amo você!

As minhas tias, tios e primos queridos e à família que eu me “agreguei”, que sempre incentivaram a minha escolha e estiveram dispostos a me ajudar. Amo vocês!

Aos meus adoráveis amigos e amigas, que também fazem a diferença na minha vida, que, com carinho e compreensão, sempre entenderam minha ausência e me animaram nos momentos estressantes, estando ao meu lado, muitas vezes sem a presença física, mas dando forças para continuar no caminho escolhido; em especial, agradeço à professora e amiga Paula Alessandra, que me deu total apoio para seguir adiante, colocando-se sempre à disposição para me ajudar.

Ao meu orientador Prof. Dr. José Carlos, que acreditou em mim e com muita paciência, dedicação e cobrança, às vezes necessárias, me orientou desde a graduação, interessando-se pelo projeto, mostrando sempre satisfação em me orientar. Muito Obrigada!

Às Profas. Dras. Heloisa Bruna Grubits Freire e Lucy Nunes Ratier Martins, de quem tive o privilégio de ouvir todos os ensinamentos e sugestões durante a banca de alguns colegas e que engrandeceram, sem dúvida nenhuma, a minha pesquisa e também à Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins, meu agradecimento pela participação na minha banca, dedicando seu tempo e seus conhecimentos à finalização desta pesquisa.

Em especial aos meus queridos amigos que conquistei durante o mestrado: Paula, Claudia, Daniela, Anderson e Cézar, vocês fizeram muita diferença durante este tempo; juntos passamos pelas mesmas dificuldades e cada um com seu jeitinho me conquistou e com toda certeza guardá-los-ei com muito carinho no meu coração.

Ao Prof. Me. Lucas Rasi, pela dedicação ao trabalho estatístico e todo enorme apoio despendido a conclusão da pesquisa.

À querida Maria Elisa, pela incansável dedicação na revisão da ABNT e à Profa. Andréa Gomes, pelo total apoio através da revisão ortográfica.

À direção da Escola Danda Nunes, que sempre se prontificou desde o primeiro momento, incentivando a pesquisa e colaborando com tudo o que fosse necessário.

O meu muito obrigada, a todos os alunos que voluntariamente participaram da pesquisa, pois, sem eles, não seria possível a conclusão da mesma.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Psicologia, à turma de 2008 e a todos que indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa e de sua conclusão.

... você é quem decide o que vai ser eterno em você, no seu coração. Deus nos dá o dom de eternizar em nós o que vale a pena e esquecer definitivamente aquilo que não vale...

Pe. Fábio de Mello

RESUMO

A adolescência é um período de mudanças físicas e psicológicas significativas. As escolhas e as rejeições alimentares sofrem as influências de diferentes fatores. A vulnerabilidade às pressões da mídia, que tem como padrão de beleza o “culto ao corpo”, as preocupações com a imagem corporal também são marcantes nas escolhas alimentares dos adolescentes, cujos fatores influenciam a predisposição para adoção de comportamentos alimentares inadequados. A presente pesquisa tem como objetivo identificar a prevalência de escore positivo (EAT+), indicativo de transtornos alimentares, através do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), visando ainda conhecer a relação com o Índice de Massa Corporal, a insatisfação corporal e o comportamento alimentar entre adolescentes de ambos os sexos, entre 12 e 14 anos de idade de uma escola pública de Campo Grande, MS. Foi aplicado em 136 estudantes, do 7º ao 9º ano, além do EAT-26, um questionário sociodemográfico e realizada a classificação do estado nutricional, através do Índice de Massa Corporal. Verificou-se que 13,2% dos adolescentes apresentaram EAT+, contudo não foi possível detectar diferença significativa entre os sexos. Foi possível observar um predomínio de escores positivos entre os alunos do 7º ano. Observou-se que 75% dos alunos estavam com o peso ideal, porém a prevalência de EAT+ foi maior entre os alunos que não estavam com o peso ideal (23,5%). A vergonha do corpo foi observada em 38,2% da amostra. O medo de engordar ou de ficar mais gordo (a), foi observado em 19,1% dos estudantes, os quais apresentaram indicativos para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Foi superior o percentual encontrado entre os alunos que se sentiam com o peso não ideal (22%) entre aqueles que se consideravam com o peso ideal (6,5%). A insatisfação corporal foi observada entre 49 adolescentes e, destes 26,5% apresentaram EAT+. Porém, a preocupação com o corpo e a busca por exercícios físicos não foi significativa, apenas 15,8% apresentaram EAT+. Observou-se que a busca por dietas e o hábito de “pular refeições” oriundas da preocupação com a forma física, mostraram associação com o possível desenvolvimento de transtornos alimentares. Contudo, a análise do consumo de frutas, legumes e verduras não foi significativo. Sendo assim, observou-se que as relações com o corpo podem ser mais decisivas para o desenvolvimento de alterações importantes do comportamento alimentar, ou seja, a insatisfação corporal pode ser realmente manifesta em seu desejo de perder peso através da adoção de práticas alimentares e de redução de peso corporal inadequadas.

Palavras-chave: Transtorno alimentar. Estado nutricional. Adolescente. EAT-26.

ABSTRACT

Adolescence is a period of significant physical and psychological changes. Eating choices and rejections are influenced of different ways. The vulnerability to media pressure, which adore thinness as beauty pattern, and concerns of body image are also important in teenagers eating choices, whose factors influence a trend to adopt wrong eating behavior. This research aims to verify the prevalence of positive score (EAT+), eating disorders indicative, through Eating Attitude Test (EAT-26), intending to figure out the relation between nutritional state, body image satisfaction and eating habits of teenagers from both genders, with 12 and 14 years old from a public school of Campo Grande/MS. It was applied a sociodemographic questionnaire to 136 students, from 7th to 9th grade, and also realized a nutritional state classification through Body Mass Index. In spite of being able to verify that 13.2% of teenagers showed EAT+, it was not identified any significant difference between genders, but it was possible to detect a prevalence of positive scores among 7th grade students. 75% of the population had ideal weight, however the prevalence of EAT+ was higher among students who had not their ideal weight (23.5%). Body shame was identified in 38.2%. The fear of getting fat was observed in 19.1% of students, which showed prevalence to develop eating disorders. It was higher the percentage found in students who felt that their weight was not ideal (22%) than those who considered themselves with ideal weight (6.5%). Body dissatisfaction was identified in 49 students, which 26.5% showed EAT+. However, the concern with the body and the search for physical exercise was not significant, only 15.9% showed EAT+. It was possible to observe that the search for diets and the habit of skipping meals from the concern with body shape, revealed possibly association with eating disorders development. However, the analysis of fruit and vegetables intake was not significant. Finally, it was able to observe that relation with the body can be more decisive for the development of important changes in eating behavior, that is, the body dissatisfaction can be really improving in your desire to lose weight beyond the adoption of wrong eating behaviors.

Keywords: Eating disorder. Nutricional state. Teenager. EAT-26.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição percentual da prevalência de EAT+.	52
GRÁFICO 2 - Distribuição percentual do sexo em relação ao EAT-26.	53
GRÁFICO 3 - Distribuição percentual do IMC em relação ao EAT-26.	55
GRÁFICO 4 - Distribuição percentual da relação ano do aluno e o EAT-26.	57
GRÁFICO 5 - Distribuição percentual da relação vergonha do corpo e o EAT-26.	58
GRÁFICO 6 - Distribuição percentual da relação busca por exercícios físicos e o EAT-26.	59
GRÁFICO 7 - Distribuição percentual da relação busca por dietas e EAT-26.	61
GRÁFICO 8 - Distribuição percentual da relação medo de engordar ou ficar mais gordo(a) e EAT-26.	63
GRÁFICO 9 - Distribuição percentual da relação atual de como o estudante se sente e o EAT-26.	65
GRÁFICO 10 - Distribuição percentual da relação insatisfação corporal e o EAT-26.	66
GRÁFICO 11 - Distribuição percentual da relação ao hábito de “pular refeições” e o EAT-26.	68
GRÁFICO 12 - Distribuição percentual da relação ao hábito de comer frutas e o EAT-26.	70
GRÁFICO 13 - Distribuição percentual da relação ao hábito de comer legumes e o EAT-26.	70
GRÁFICO 14 - Distribuição percentual da relação ao hábito de comer verduras e o EAT-26.	70

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico	49
TABELA 2 - Insatisfação corporal e comportamento alimentar	51
TABELA 3 - Prevalência de EAT+	52
TABELA 4 - Análise do sexo em relação ao EAT-26.....	53
TABELA 5 - IMC em relação ao EAT-26.....	55
TABELA 6 - Relação ano do aluno e o EAT-26	57
TABELA 7 - Relação vergonha do corpo e o EAT-26.....	58
TABELA 8 - Relação busca por exercícios físicos e o EAT-26.....	59
TABELA 9 - Relação busca por dietas e EAT-26	61
TABELA 10 - Relação medo de engordar ou ficar mais gordo(a) e EAT-26	63
TABELA 11 - Relação atual de como o estudante se sente e o EAT-26.....	65
TABELA 12 - Relação insatisfação corporal e o EAT-26.....	66
TABELA 13 - Relação ao hábito de “pular refeições” e o EAT-26	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 ADOLESCÊNCIA	19
2.2 IMAGEM CORPORAL	21
2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR	24
2.3.1 Comportamento alimentar durante a adolescência	26
2.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES	29
2.4.1 Histórico	30
2.4.2 Conceitos	31
2.4.3 Etiologia	32
2.4.4 Epidemiologia	34
2.4.5 Diagnóstico	35
3 OBJETIVOS	38
3.1 OBJETIVO GERAL	39
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4 MÉTODO	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	41
4.2 LOCAL DA PESQUISA	41
4.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	42
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
4.6 PROCEDIMENTOS	43
4.7 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS	43
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	46
4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA	46

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	48
5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS NÃO CONTÍNUAS	50
5.3 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE INDICATIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE TA (EAT+) NA AMOSTRA TOTAL.....	51
5.4 ANÁLISES DAS PREVALÊNCIAS DE INDICATIVOS DE TA (EAT+) E AS RELAÇÕES COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	52
5.5 ANÁLISES DAS PREVALÊNCIAS DE INDICATIVOS DE TA (EAT+) E AS RELAÇÕES COM AS VARIÁVEIS SOBRE INSATISFAÇÃO CORPORAL E HÁBITOS ALIMENTARES.....	57
6 CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	85
ANEXOS	88

1 INTRODUÇÃO

O estilo de vida da população em nível mundial, com a diminuição da atividade física e o aumento do consumo de alimentos hipercalóricos, levou a um processo de desequilíbrio entre ingestão calórica e gasto energético (MONTEIRO; HERMSDORFF, 2004). O desenvolvimento da sociedade capitalista exige cada vez mais aperfeiçoamento nas profissões gerando uma competitividade exacerbada, a falta de tempo torna-se motivo para a inatividade física e a procura por alimentos de fácil preparo, quase sempre ricos em gorduras saturadas, açúcares e aditivos, onde fomentam-se os lucros das indústrias de alimentos, via incentivo ao consumo, fazendo com que a prevalência de obesidade aumente cada vez mais.

Simultaneamente, a sociedade vive um verdadeiro paradoxo, pois, através da mídia televisiva e escrita, cobra-se a magreza em busca de um corpo bem delineado, diretamente ligado à imagem de poder, beleza, mobilidade social, competência e sucesso (ANDRADE; BOSI, 2003). Existe a preocupação estética do corpo, mas aquilo que é desejável e aquilo que é aceito socialmente, determinam padrões que interferem significativamente nas convicções cultuadas pela indústria da moda, provocando estímulos à procura por cirurgias plásticas, ao consumismo de cosméticos, das carreiras de artistas, modelos e atletas, violando as concepções de saúde.

Esta importância exacerbada dada à imagem e à aparência nos dias atuais, podem interferir significativamente no desenvolvimento dos adolescentes, cuja população será especificamente, tida como referência ao longo da presente pesquisa. A adolescência, no entanto, é uma das fases mais desafiadoras do desenvolvimento humano, em que culmina todo o processo maturativo biopsicossocial da pessoa e é caracterizada por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais (VITOLLO, 2003). O crescimento relativamente uniforme da infância é subitamente alterado por um aumento em sua velocidade. As demandas nutricionais aumentam devido aos processos de crescimento e maturação sexual. Todavia, estas alterações súbitas criam necessidades nutricionais especiais, as quais visam evitar desequilíbrios como obesidade e magreza excessiva (SPEAR, 2002).

Na adolescência, por ser uma fase onde está implícito a condição ou processo de crescimento e desenvolvimento, evidenciam-se transformações ocorridas no corpo do adolescente que podem gerar instabilidades e insegurança nos mesmos (BRAGA; MOLINA; CADE, 2007). Assim, o medo da obesidade e a busca pelo ideal de um corpo magro ou bem delineado devido às exigências impostas pela sociedade, podem proporcionar preocupação e/ou insatisfação corporal àquele que o busca, ainda que para tal se sacrifique a saúde e seu

bem estar, mesmo que o adolescente, não esteja fora do seu peso ideal, conduzindo, então, à adoção de comportamentos e práticas alimentares inadequadas de controle de peso, sendo os principais fatores de risco para o desenvolvimento dos Transtornos Alimentares (TA) (ANDRADE; BOSI, 2003).

Oliva e Fagundes (2001) relatam que, nos últimos anos, tem-se verificado um crescimento importante na incidência dos TA, principalmente nos países ocidentais desenvolvidos. No Brasil, o problema atinge, sobretudo, a população feminina adolescente e jovem adulta, que adere às falsas crenças que acompanham a busca do corpo “perfeito”. Porém, estudos recentes e a presente pesquisa apontam para uma diminuição na distância entre os sexos.

Contudo, o interesse da pesquisadora pela temática vem desde o início do curso de graduação em Nutrição, cujo tema de monografia também foi sobre TA em adolescentes. Durante a prática clínica, foi possível observar o aumento na procura por atendimento nutricional por adolescentes com excesso de peso e preocupados com a imagem corporal. Devido às preocupações com os distúrbios nutricionais por desencadearem fatores de risco na vida adulta, adveio a proposta desta pesquisa de dissertação de mestrado que será apresentada a seguir, cujo objetivo foi identificar a prevalência de indicativos de TA, por meio do Eating Attitudes Test (EAT-26) – Teste de Atitudes Alimentares –, e relacionar esta prevalência ao Índice de Massa Corporal (IMC), insatisfação corporal e ao comportamento alimentar.

Fundamentando teoricamente esta pesquisa, os capítulos a seguir discorrem sobre os temas relevantes ao estudo como a imagem corporal e o comportamento alimentar na adolescência, suas características, os aspectos culturais e psicobiológicos. Os TA serão apresentados posteriormente, onde serão abordados os principais transtornos, anorexia e bulimia nervosa, a história, os conceitos, etiologia, epidemiologia e diagnóstico.

Adiante, o terceiro capítulo apresenta os objetivos geral e específicos da pesquisa e, no capítulo seguinte, será apresentado o método utilizado no estudo, apresentando, de forma detalhada, a caracterização e local da pesquisa, descrição da amostra, critérios de inclusão e exclusão; discorre também sobre os procedimentos e coleta de dados, os instrumentos utilizados que nortearão a análise estatística e os aspectos éticos da pesquisa.

O quinto capítulo apresenta os resultados dos dados obtidos, através da análise estatística e a discussão dos resultados apresentados, embasada nas referências nacionais e internacionais. E, por fim, é apresentada a conclusão da pesquisa, vinculada às considerações finais, refletindo sobre a importância de estudos na área.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica embasa a pesquisa e esclarece alguns pontos e conceitos necessários para o melhor entendimento de todo o trabalho realizado. Este capítulo é iniciado pela conceituação da adolescência. A seguir, serão feitos esclarecimentos sobre a imagem corporal, bem como, sobre o comportamento alimentar, seus conceitos e sua caracterização durante a adolescência. Por fim, há também considerações sobre os transtornos alimentares, caracterizados pela anorexia nervosa e bulimia nervosa; a história, conceitos, etiologia, epidemiologia e diagnóstico.

2.1 ADOLESCÊNCIA

O termo adolescência origina-se do verbo latino *adolescere*, que significa “crescer para a maturidade”. Há algum tempo atrás, a adolescência era considerada apenas como uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta caracterizada apenas por modificações físicas.

Segundo a World Health Organization (1995), a adolescência compreende a fase entre os 10 e 19 anos de idade e pode ser caracterizada pelo desenvolvimento físico, psíquico e social. É uma etapa evolutiva inerente e peculiar do ser humano. Nela culminam grandes transformações biopsicossociais presentes na interação do adolescente com o ambiente (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005). Começa com o início da puberdade e termina quando responsabilidades adultas são assumidas.

A puberdade é um fenômeno biológico, que se refere às mudanças de forma e função resultantes do desencadeamento dos estímulos hormonais do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, que se iniciam com o aumento dos hormônios gonadotróficos, adrenais e tireoideanos e prosseguem com a produção dos androgênios pelos testículos e estrogênio/progesterona pelos ovários (OLIVEIRA; VITALE; AMÂNCIO, 2002). Estes hormônios estimulam a maturação dos órgãos de reprodução e das características pessoais e ainda atuam na fusão óssea das cartilagens de crescimento associadas ao hormônio de crescimento, o qual tem papel fundamental na composição corporal pois, além de controlar o crescimento longitudinal das crianças e adolescentes, agem na distribuição do tecido adiposo e no metabolismo das proteínas, carboidratos, lipídios, minerais e água (VITOLO, 2003). Este fenômeno é universal e seu início cronológico, em condições de normalidade física, coincide em todos os povos e latitudes (com rara exceção, como o caso dos pigmeus, púberes por volta

dos 8 anos de idade, porém a expectativa de vida deste povo também é menor em relação ao restante da espécie humana) (OSORIO, 1989).

A adolescência caracteriza-se também como um fenômeno universal, apresenta características bastante peculiares de acordo com o ambiente sociocultural que o adolescente esta inserido, contudo não é possível compreender esta etapa estudando separadamente as transformações biológicas, psicológicas, cognitivas, sociais ou culturais, pois são indissociáveis e constituem justamente o conjunto de características que representam esta etapa, sendo compreendida então, como um período de maturação para o corpo e mente do adolescente (VITOLO, 2003). É um momento crucial do desenvolvimento de uma pessoa, marcando não somente a imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade (OSORIO, 1989).

Ainda conforme Osorio (1989), com as modificações biológicas que caracterizam todo o processo puberal, o adolescente experimenta uma série de eventos psicológicos que culmina na aquisição de sua *identidade sexual*, ou seja, das características mentais do sexo que lhe corresponde e que nem sempre é aquele ao qual pertence como no caso dos homossexuais. Assim, a sexualidade caracterizada como função estruturante é muitas vezes realizada através da representação mental que o adolescente tem de seu corpo, ou seja, através de sua *imagem corporal*, assunto do qual será abordado mais adiante.

A adolescência pode ser considerada também, como um período de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por atritos com o meio familiar e social e Aberastury e Knobel (1981), consideram que as lutas e rebeliões externas do adolescente são como reflexos dos conflitos de dependência infantil que intimamente ainda persistem. Bee (1996) relata que os adolescentes apresentam características semelhantes aos primeiros anos da infância, onde em níveis muito mais abstratos, também apresentam o constante impulso para maior independência, ao mesmo tempo que lutam para aprender uma vasta quantidade de novas habilidades sociais, tarefas escolares mais complexas e a necessidade de construir uma identidade adulta. Bee (1996, p. 291) considera ainda, que durante a adolescência

[...] a antiga identidade não é mais suficiente; precisa ser criada uma nova identidade, que sirva para colocar a jovem pessoa entre a miríade de papéis na vida adulta – papéis profissionais, papéis sexuais, papéis religiosos e a confusão sobre todas essas escolhas de papel é inevitável.

Assim somente quando o adolescente é capaz de aceitar, simultaneamente seus aspectos de criança e de adulto pode começar a aceitar de forma flutuante as mudanças de seu corpo, surgindo então, uma nova identidade. Este longo processo em busca de identidade ocupa grande parte da sua energia e é a consequência da perda da identidade infantil que se produz quando começam as mudanças corporais.

2.2 IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal é a representação mental do próprio corpo, o modo como ele é percebido pela pessoa. Compreende não só o que é percebido pelos sentidos, mas também como um reflexo dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros (SCHILDER, 1994). Braggion, Matsudo e Matsudo (2000) descrevem como a capacidade de representação mental do próprio corpo pertinente a cada pessoa, sendo que esta imagem envolve aspectos relacionados à estrutura (como tamanhos, dimensões) e à aparência (forma, aspecto), entre vários outros componentes psicológicos e físicos da imagem corporal. Russo (2005) afirma que a imagem corporal é o modo pelo qual o corpo se apresenta para si próprio.

Segundo Thompson (1996), o conceito de imagem corporal envolve três componentes: perceptivo, subjetivo e comportamental; o primeiro relaciona-se com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; já o segundo envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada; e o comportamental, focaliza as situações evitadas pela pessoa por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

Silva (2005, p. 22) salienta que o corpo é o primeiro universo do ser humano, pois além de conceder abrigo é também responsável pelas impressões relativas aos sentidos e que somente através do corpo é possível existir a comunicação com o meio externo:

[...] muito antes de termos a capacidade de organizar nossos pensamentos em forma de linguagem falada ou escrita, já éramos um corpo com grande habilidade de se fazer entender e ter satisfeitas nossas necessidades básicas pelos outros ao nosso redor.

A construção da imagem corporal envolve a possibilidade de interferência sobre a própria auto-imagem, uma vez que esta não é estática. Schilder (1994, p. 250) relata que “[...]”

primeiro, temos uma impressão sensorial do corpo do outro. Esta impressão adquire seu significado real através de nosso interesse emocional pelas diversas partes do corpo”, ou seja, os aspectos emocionais e sociais do ser humano contribuem para a concepção da imagem corporal.

Assim, de acordo com Osorio (1989), o adolescente vai gradualmente dando forma a imagem corporal definitiva do seu sexo, há medida que o corpo vai se transformando e adquirindo os contornos definitivos do adulto. Como há em sua mente uma espécie de “protótipo idealizado” dessa imagem corporal, (formado a partir dos valores estéticos com respeito a forma humana que lhe são transmitidos), via de regra ocorre um conflito entre a imagem “fantasiada” deste modelo idealizado e a imagem “real” do seu corpo em transformação.

Todavia, Sampaio (2002) afirma que a maturação biológica que ocorre durante a adolescência e as transformações que provoca no nível do corpo obrigam a um reajustamento, quer do adolescente a si próprio, quer da parte das pessoas que o rodeiam, na relação com este novo corpo transformado fisicamente. As mudanças que ocorrem, levam a uma remodelação do esquema corporal em que a antiga imagem do corpo se torna incompatível com a nova percepção do aspecto em si. Assim, ao passarem pelo enfrentamento dos “lutos”, como assumir o novo corpo de adulto e admitir a perda do corpo infantil, enfrentar as descobertas de si mesmo, alguns adolescentes podem aceitar facilmente, outros no entanto, poderão negá-la tornando-se uma tarefa intelectual e emocional interligada aos resultados nutricionais.

Durante longo tempo, o padrão de beleza era diferente do que é hoje. Mulher bonita tinha a forma arredondada, cinturas e coxas grossas e seios fartos, sendo fonte de inspiração para muitos pintores renascentistas (RUSSO, 2005). No final do século XX e começo do XXI a modelo jovem e esquelética tomou lugar da dona de casa como parâmetro de feminilidade bem sucedida. Surge então, o padrão de beleza caracterizado pela saúde física e práticas desportistas e assim inicia-se o “culto ao corpo” como uma forma de ser belo perante a sociedade. Nos anos 1990 a questão estética do corpo ficou ainda mais rigorosa e impossível de ser atingido por meios fisiológicos que obedecem à manutenção de um estado mínimo de saúde física e/ou mental (SILVA, 2005). Ruffino (1993) afirma que as sociedades modernas vão, cada vez mais, homogeneizando comportamentos, e cada grupo social vai perdendo seus traços culturais característicos.

Na cultura ocidental atual, o padrão de beleza ficou restrito às adolescentes e adultas muito jovens, ou seja, ficou associada a juventude onde é possível associar também o corpo a idéia de consumo. A indústria cultural através dos meios de comunicação incumbe-se de formar desejos e reforçar imagens, padronizando corpos (RUSSO, 2005). A exposição de corpos esguios, atraentes, tido como objeto de valorização, reforçada pela mídia, faz com que as pessoas que se vêem fora de medidas, sintam-se cobradas e insatisfeitas indo em busca de uma aparência física idealizada.

A intensidade com que os meios de comunicação atingem as culturas é mais forte que a capacidade de assimilação das pessoas, fazendo com o que se vê seja incorporado sem ser simbolizado. Há uma desconsideração da subjetividade e uma supervalorização da imagem, um culto narcísico ao corpo, vendido como objeto de consumo (KEHL, 2001).

Silva (2005) apresenta que segundo dados do Instituto Interscience, 90% do sexo feminino e 65% do masculino, sonham em realizar mudanças no próprio corpo. Destes, 5% já haviam realizado algum tipo de cirurgia plástica e 90% tinham planos de realizar novas intervenções com a mesma finalidade (estética). Entre as pessoas que nunca haviam feito plástica, 30% afirmavam que estavam criando coragem para a realização das “correções” físicas. No Brasil, a situação segue a tendência ocidental globalizada, pois na categoria de cirurgias plásticas por ano, o país é vice-campeão mundial, sendo que pouco mais da metade delas são realizadas por motivos puramente estéticos, visto que hoje as pessoas recorrem a tudo e a qualquer custo afim de minimizar o mal-estar que julgam estar no corpo e que hoje o homem não vive o seu corpo não a sua maneira e vontade. Experimenta a todo momento uma aprovação social de sua conduta.

Durante a adolescência a preocupação com o porte físico e a aparência corporal são um dos problemas mais importantes. Como observado atualmente, a forte tendência sociocultural em considerar a aparência física, por meio de um corpo escultural, como uma situação ideal de aceitação e êxito está influenciando cada vez mais os adolescentes (BRAGGION; MATSUDO; MATSUDO, 2000). Entre os adolescentes, salienta Silva (2005) nos últimos dez anos, houve um aumento em aproximadamente 300% na intervenção cirúrgica para implantes de próteses de silicone, o que mais uma vez torna inquestionável que preocupações com a forma física crescem progressivamente entre os adolescentes, observando-se que muitas vezes os aspectos relacionados à saúde não são considerados, esquecendo-se que ainda se encontram em processo de intensa transformação.

Ao tentar seguir este padrão, o comportamento alimentar é modificado negativamente, o que pode acarretar futuras complicações clínicas além de que, os adolescentes ao crescerem sob forte pressão psicológica, a sensação de impotência, incapacidade a não correspondência a esta tendência social, pode levar a sentimentos de autorrejeição além de alterações no comportamento social.

Assim, as escolhas e as rejeições alimentares sofrem as influências de diferentes fatores, na ação dialética indivíduo-meio, destacando-se a busca de liberdade, a quebra de padrões familiares, o desejo ou os desafios de “fazer diferente”, de atingir “certos” padrões socioculturais. O seu senso do que vale a pena pode ser derivado de sentimentos sobre os seus próprios atributos físicos, uma característica que os deixa vulneráveis a severas distorções se um transtorno alimentar se desenvolver (REES, 1998).

2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Há cinco mil anos, a concepção organizada e escrita sobre a relação entre alimentação e saúde, foi descrita pela civilização Védica e tem se considerado como a precursora dos princípios da alimentação saudável, tanto no mundo oriental, como no mundo ocidental, no qual, o processo saúde e doença estava fundamentado na união do sagrado ao conhecimento científico, filosófico e religioso, no qual ser humano deveria estar em harmonia com a natureza, tendo seu corpo como forma de expressão desta relação. Essas mesmas convicções foram assumidas pelos gregos e romanos (precursores da medicina ocidental), devido à grande devoção aos aspectos ideológicos e dietéticos da alimentação (SILVA; RECINE; QUEIROZ, 2002).

No entanto, desde as primeiras sociedades humanas, a luta pela sobrevivência obrigou as pessoas a produzirem regimes alimentares, levando ao longo do tempo, a uma intensa interação com o meio ambiente. Com a apreensão de técnicas de conservação, puderam suprir as carências sazonais e conquistaram novos produtos para enfrentar o esgotamento de recursos, porém, era vital reconhecer o que seria comestível e através deste conhecimento provavelmente foi formado a base da cultura alimentar, que evoluiu continuamente, sob a influência das necessidades biológicas, junto as crenças, motivações econômicas e mais tarde pela evolução da ciência.

De acordo com Silva, Recine e Queiroz (2002), no final do século XIX, a alimentação foi colocada como uma estratégia para a saúde, marcando o início das pesquisas no campo da nutrição científica, as quais iriam influenciar a mudança da concepção da relação entre alimentação e saúde no mundo ocidental. As recomendações internacionais de promoção da alimentação saudável ressaltavam a importância da variedade de alimentos com fonte de nutrientes, o equilíbrio na escolha destes alimentos baseada nas necessidades individuais e a moderação pelo controle de consumo de alimentos energéticos, principalmente lipídios (gorduras). E ainda hoje, todas estas regras, circunscrevem as diferentes abordagens socioculturais e biológicas sobre os significados da alimentação.

A alimentação é um dos aspectos fundamentais para a formação da saúde, o estudo do comportamento alimentar associado à cultura, aspectos sociais e ao modo de se alimentar, permite a evolução da saúde e bem estar (AZEVEDO; ABUCHAIM, 2006). Rees (1998) refere que uma dieta adequada e balanceada é aquela que atinge todas as necessidades nutricionais de uma pessoa garantindo a manutenção da saúde e à prevenção de enfermidades, com garantias de crescimento e desenvolvimento satisfatórios, incluindo também todos os nutrientes em quantidades apropriadas e proporcionais uns aos outros. Todavia, a presença ou ausência de um nutriente essencial pode afetar a disponibilidade, absorção, metabolismo ou necessidades dietéticas de outros.

Segundo Augusto (2002), o comportamento alimentar de uma pessoa segue critérios que variam de hábitos familiares e socioculturais nele atribuídos desde criança, até tabus e preceitos religiosos. Sendo a pessoa sadia ou doente, sua alimentação deve ser adequada ao estado em que se encontra e os alimentos ofertados devem ser para manter ou recuperar seu estado nutricional e ainda servir como medida coadjuvante para retirá-la do estado patológico. Uma pessoa saudável necessita de um plano alimentar que a mantenha sadia, devendo o plano, ser balanceado de forma a conter todos os nutrientes em quantidades suficientes e preparados da forma correta. Quando isto não ocorre, o próprio organismo arma-se de mecanismos adaptativos para continuar funcionando normalmente, mesmo sem receber alimentação adequada.

Já o organismo enfermo, possui estes mecanismos adaptativos limitados e caso não receba os nutrientes dos quais necessita em quantidades suficientes, aparecerão sintomas característicos do tipo de carência ou excesso de substância nutritiva específica, aliado ao estado patológico (AUGUSTO, 2002). Sendo assim, instala-se sinergismo entre doença e má

nutrição e o processo de alimentação da pessoa ganha importância maior, não sendo encarado somente como um meio de saciar a fome, mas como uma medida terapêutica.

Usualmente, a pessoa come por duas razões: primeira, porque sente fome, o que é capaz de garantir o consumo alimentar em graus compatíveis com as necessidades energéticas e a manutenção dos processos vitais; segunda, para satisfazer o seu apetite. Possivelmente, o comportamento alimentar dos seres humanos encontra-se intimamente relacionado às duas situações sugeridas: fisiológicas ou internas – que apontam a real necessidade de ingestão de alimentos – e ambientais ou externas.

A fome pode ser definida como uma motivação para buscar e consumir alimentos, iniciando um comportamento alimentar (HALFORD; COOPER; DOVEY, 2004). Este processo determina o tamanho da refeição, e o estado da saciedade resulta no fim da refeição assim como no controle da duração da mesma. A intensidade de resposta da saciedade é correspondente ao intervalo entre refeições ou ocasiões de alimentação e/ou a quantidade de alimento consumido na próxima refeição; sistemas distintos são responsáveis pelo início e término do consumo de alimento, cada um é regulado por sinais e respostas oriundos do sistema nervoso central e periférico incluindo trato gastrointestinal, fígado, cérebro e sistemas sensoriais periféricos. A ingestão termina quando a sensação de saciedade é alcançada (GIETZEN, 1993).

A alimentação está ligada a vários casos de doenças frequentes, levando a pessoa a ter sérias complicações no decorrer da vida, podendo então, levar a morte. A ansiedade é um grande problema, principalmente para aqueles que querem mudar seus maus hábitos, pois quem come depressa poderá adquirir graves transtornos na digestão (COSTA, 2004). Ao mastigar a comida calmamente, a pessoa passa a sentir o gosto do alimento e com auxílio da saliva consegue ter uma boa digestão. Ao optar por uma dieta, deve-se estar atento, para que não haja desequilíbrio dos nutrientes, e o excesso de alguns alimentos poderá trazer consequências negativas para a saúde.

2.3.1 Comportamento alimentar durante a adolescência

É durante a adolescência que ocorre o último momento de aceleração do crescimento, adquirindo a pessoa, aproximadamente 15% a 25% de sua estatura final, 50% do peso adulto

real e 45% de sua massa esquelética máxima (ALBUQUERQUE; MONTEIRO, 2002). Esse incremento de peso e estatura resulta do aumento do esqueleto e do ganho de massa muscular e tecido adiposo, aliado ao aumento dos órgãos e expansão do volume sanguíneo.

Vários fatores estão associados ao processo de crescimento e maturação sexual, sobretudo os fatores genéticos, mas para que o adolescente possa alcançar a expressão máxima do seu potencial genético, é necessário que os fatores ambientais sejam favoráveis (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000). No entanto, estes fatores estão estritamente ligados aos sistemas sociopolítico e econômico, a disponibilidade de alimentos, a produção e ao sistema de distribuição – que levam a um determinado estilo de vida, acarretando os hábitos alimentares individuais (VITOLLO, 2003).

Contudo, durante a adolescência esses fatores influenciam de maneira direta e/ou indireta o comportamento alimentar. Os fatores diretos são constituídos pela unidade familiar e suas características, pelas atitudes dos pais e amigos, normas e valores socioculturais, pela mídia, pelo conhecimento de nutrição e hábitos alimentares. Já os fatores indiretos são constituídos pelas necessidades e características psicológicas, pela imagem corporal, valores e experiências pessoais, pela autoestima, preferências alimentares, saúde e pelo desenvolvimento psicológico (VITOLLO, 2003).

É durante a adolescência que os pais deixam de ser o centro da “história”, ocupando este lugar o grupo de amigos, que então, tornam-se sua proteção e abrigo, atuando também como um elemento de aceitação e suporte, apoiando-se nas situações difíceis e na descoberta de novos valores. Assim, as normas de hábitos alimentares adquiridas na infância são questionadas e, em geral, substituídas por aquelas impostas pelo grupo de amigos e/ou pela mídia. Relativamente, até os 16 anos, os adolescentes questionam tudo: quando, o quê, como e com quem comer. Realizam experimentações, adotam modismos, submetem-se a dietas restritas, recorrem a suplementos nutricionais, mas sobretudo, demonstram um grande prazer em “comer” em grupo, comemorando acontecimentos dos mais simples aos mais significativos, ou pelo simples prazer de estarem juntos (KUCZINSKI, 1998).

Todavia, têm ocorrido importantes mudanças no ambiente social, onde se consome o alimento, devido à influência da industrialização, a expansão das grandes redes de fast-food, a influência da mídia, o desejo de copiar e/ou incorporar outros modelos de consumo, o crescimento da indústria de alimentos, a facilidade para a aquisição de alimentos processados,

bem como, os “fatores alimentares” externos, inerentes à visão do alimento, sua embalagem, exposição e propaganda, o tempo e o ambiente físico em que o alimento é ingerido e os aspectos como sabor, aroma e tamanho das porções, vem exercendo forte influência sobre a alimentação, interferindo, significativamente, no comportamento alimentar dos adolescentes (KUCZINSKI, 1998).

Na busca pela independência, auto-afirmação, além de intensamente influenciados pelas determinações dos grupos de amigos, muitos adolescentes, preferem alimentar-se fora de casa, em lanchonetes, cantinas, e *shopping centers*, omitindo ou substituindo as principais refeições por lanches rápidos. Nos últimos anos, o tempo tem sido um importante critério no momento das escolhas das refeições sendo possível observar e comprovar no aumento do consumo de refeições em cadeias de *fastfood*, como símbolo do mundo moderno (KUCZINSKI, 1998). A forte influência dos meios de comunicação tem contribuído de maneira crescente e progressiva, para a formação de maus hábitos alimentares vinculados ao consumo de refeições hipercalóricas, ricas em calorias, gorduras, açúcar, sal e conservantes.

No entanto, mesmo sendo a adolescência um período onde a demanda de nutrientes está elevada, os adolescentes consideram que os bons hábitos alimentares não são uma prioridade, apesar dos benefícios a curto e longo prazo; devido à falta de senso de urgência com relação aos agravos à saúde (BRAGGION; MATSUDO; MATSUDO, 2000). A preocupação, neste período, com a prevenção da saúde relacionada aos fatores de risco praticamente não existe, devido ao senso de invencibilidade e indestrutibilidade do adolescente (FISBERG et al., 2000).

Assim, a dieta dos adolescentes tem caracterizado-se então, em grande parte pela preferência por produtos alimentícios com inadequado valor nutricional, ou seja, aqueles com elevado teor de gordura saturada e colesterol, além de grande quantidade de sal e açúcar (DIETZ, 1998) e em decorrência de hábitos alimentares errôneos, os adolescentes podem ficar mais susceptíveis a desenvolverem TA, e também mais vulneráveis a complicações destes transtornos, bem como, a obesidade e desnutrição.

Porém, as preocupações com a estética, com a imagem corporal e com concepções relacionadas à aparência, também são marcantes nas escolhas alimentares dos adolescentes. Tais preocupações ainda promovem um aumento nas academias de ginástica e aos chamados suplementos alimentares. A nutrição adequada e a saúde atual e futura não são, portanto, os principais estímulos para as práticas alimentares adotadas.

2.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os TA são condições altamente prevalentes, principalmente em países ocidentais desenvolvidos onde há uma forte tendência social e cultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação e êxito. O “culto ao corpo” está cada vez mais em evidência, ganhando a cada dia novos adeptos, sobretudo os adolescentes, acarretando impactos profundos na vida destes e de suas famílias, constituindo uma área de grande interesse médico, nutricional e psicológico.

[...] o mal-estar com o corpo, o sentimento de estranheza, decorrente da perda da imagem narcísica infantil que revestia o corpo, ao lado da onipotência infantil ainda não superada, levarão esses jovens a escolher atos sem considerar a possibilidade de danos no corpo próprio e no do outro (DIAS, 2000).

Teixeira (2003) define TA como alterações do comportamento alimentar, de caráter psicológico e sociocultural que pode acarretar diversas complicações clínicas e incapacidades, geralmente acompanhadas por preocupações com a comida e com a imagem corporal, podendo levar a consequências como, a desnutrição ou à obesidade.

Os transtornos do comportamento alimentar são classificados como anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno do comer compulsivo, transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno alimentar sem especificação, todavia os mais relevantes em nosso contexto sociocultural são: a anorexia e bulimia nervosas, devido ao aumento significativo do número de casos constatados nos últimos anos. Estas duas patologias estão intimamente ligadas por apresentarem alguns sintomas semelhantes como a preocupação excessiva com o peso, estabelecendo muitas vezes um julgamento de si mesmo indevidamente baseado na forma física, a qual frequentemente percebem-na de forma distorcida (DUCHESNE; ALMEIDA, 2004).

Silva (2005) afirma que TA são patologias que necessitam ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível. É necessário avaliar também o aspecto sociocultural, uma vez que a formação da imagem corporal e dos hábitos alimentares de cada pessoa estão relacionados à influência pela forma como a sociedade em geral pensa e age com relação ao que seja ter um corpo e uma alimentação saudável e esteticamente apreciável.

2.4.1 Histórico

Considerado o “Pai da Medicina”, Hipócrates (460-377 a.C.), já recomendava a indução de vômitos por dias consecutivos no mês como método preventivo para várias doenças. Em 1691, o primeiro quadro clínico correspondente a AN, foi descrita pelo médico inglês Richard Morton (1637-1698), no qual faz relato o caso de uma jovem de 17 anos que se recusava a se alimentar, apesar de não apresentar qualquer tipo de doença que justificasse tal atitude. Willian Gull (1816-1890), em 1868 denominou “apepsia histérica” quando descreveu o quadro clínico de jovens, as quais apresentavam intenso emagrecimento atribuído à tuberculose latente ou doença mesentérica (dos intestinos). Um ano após Charles Lasègue (1816-1883) denominar quadros semelhantes como “anorexia histérica”, Gull em 1874 enfim denominou estes tipos de casos, como anorexia nervosa e neste período a doença era relatada como sendo um transtorno que atingia somente o sexo feminino (SILVA, 2005).

Contudo, há relatos que a anorexia nervosa, em séculos passados, relacionava-se a jejuns religiosos, muitas vezes de forma obsessiva, pois seus praticantes acreditavam que quanto mais jejuns fizessem, mais seus pedidos seriam atendidos. A prática de jejuns religiosos estendeu-se por toda Idade Média e prejudicava especialmente as mulheres muito devotas a religião, como foi descrito no caso de Catarina Bennicasa, mais tarde: Santa Catarina de Siena (BALLONE, 2003).

Em 1924, de acordo com Silva (2005), a possibilidade de um componente psicótico nos quadros de AN, foi descrito pela primeira vez por Sante de Sanctis (1862-1935), quando este utilizou o termo “psicose histérica” para descrever adolescentes com sinais e sintomas de anorexia. Bruch (1962 apud SILVA, 2005) ressaltou o aspecto psicótico e constatou que de todas as pacientes vistas por ele apresentavam profunda distorção de suas percepções corporais, considerando a distorção da imagem corporal como sendo um dos três fatores importantes para o desenvolvimento da anorexia. Anos mais tarde, Holden (1990 apud SILVA, 2005) refere ter encontrado fortes evidências genéticas na correlação de AN e transtorno obsessivo compulsivo, com histórias familiares marcadamente positivas para ambos os quadros.

A BN foi descrita durante muito tempo como sendo um sintoma e não uma patologia específica, acreditando-se que este quadro fosse uma doença com evolução da AN (SILVA, 2005). Russell (1979) utilizou o termo bulimia nervosa pela primeira vez, descrevendo-o

como um transtorno mental com alteração do comportamento alimentar, caracterizado pela perda do controle da ingestão alimentar e assim ficou reconhecida como entidade diagnóstica distinta. Antes disso, a BN foi descrita como “hiporexia nervosa”, “bulimarexia”, “bulivomia” e “síndrome do caos alimentar” até chegar à denominação de aceitação geral, BN, no qual o conhecimento sobre a patologia vem progredindo devido a sua relevância clínica e epidemiológica (CORDÁS; SEGAL, 1995).

2.4.2 Conceitos

A palavra “anorexia” origina-se do grego: *ann* (prefixo negativo que significa “sem”) e *orexis* (designa apetite ou desejo, assim pode ser definida como a “ausência ou falta de apetite”) (SILVA, 2005). Contudo, esta “inapetência” é um termo controverso já que na maioria das vezes nem sempre existe, pois a pessoa sente fome, mas opta por negá-la. Portanto a AN pode ser definida como um transtorno do comportamento alimentar acarretado por uma distorção da imagem corporal, da maneira como a pessoa avalia a forma, tamanho e peso do corpo, acompanhada por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida, através de restrições dietéticas auto-impostas, caracterizadas por recusas a alimentos fontes de carboidratos (açúcar) e lipídios (gorduras), exercícios físicos planejados e padrões extravagantes de alimentação. Vale ressaltar que no caso do sexo masculino, a cobrança estética não se restringe a simples perda de peso e sim pela troca da gordura excessiva por músculos bem destacados.

A AN desenvolve-se preferencialmente em adolescentes e adultos jovens entre 10 e 30 anos de idade, sobretudo a faixa etária entre os 12 e 16 anos do sexo feminino é a mais acometida, principalmente entre o sexo feminino com uma proporção de 8 a 10 vezes maior que no sexo masculino (SILVA, 2005). A AN subdivide-se em restritiva e purgativa, sendo a primeira caracterizada por dieta rigorosa e recusa em manter um peso normal, utilizando-se através da restrição alimentar baseada em alimentos hipocalóricos e/ou pela prática excessiva de exercícios físicos. Denomina-se anorexia do tipo purgativa, onde predomina-se acessos de hiperfagia e os comportamentos para evitar o ganho de peso (após a ingestão excessiva de alimentos, induzem vômitos, utilizam laxantes, diuréticos e moderadores de apetite para perder e/ou controlar seu peso).

Kaplan, Sadock e Greeb (2000) definem a AN por uma profunda perturbação da imagem corporal e busca incessante da magreza, acarretando muitas vezes a inanição. A pessoa tem um medo intenso de engordar mesmo quando este já se encontra extremamente magro. Quando são questionadas por esse comportamento, fazem de tudo para dissimularem o que realmente está ocorrendo (SILVA, 2005). Nestes pacientes é possível observar, a pele amarelada e seca, cabelos finos e quebradiços, aparência envelhecida, mesmo sendo muito jovem, em alguns casos alopecia, complicações cardíacas e amenorréia no sexo feminino.

A palavra bulimia origina-se do grego *bous* (boi) e *limo* (fome), referindo-se portanto, a uma fome enorme quanto a de um boi, ou então que leva a pessoa a “comer como um boi” (AZEVEDO; ABUCHAIM, 2006). A BN é caracterizada pela presença frequente de compulsão alimentar, com ingestão, em um período curto de tempo (menor que duas horas) de grande quantidade de alimento.

A BN não induz a um estado nutricionalmente comprometido como ocorre com a AN, visto que, a grande maioria dos pacientes com BN se encontra perto ou com o peso ideal ou apenas em sobrepeso. Todavia as principais complicações deste tipo de transtorno são os distúrbios eletrolíticos, irritação e sangramento esofágico e gástrico, alterações intestinais, desgaste do esmalte dental e elevação das parótidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

2.4.3 Etiologia

É importante ressaltar que, desejar ter uma imagem corporal “perfeita” não implica necessariamente sofrer de algum tipo de transtorno emocional, porém as possibilidades de que estes se desenvolvam é fortemente aumentada (AZEVEDO; ABUCHAIM, 2006).

Silva (2005) afirma que pequenos atos desde a espera pelo futuro bebê, como a “conversa” que muitas gestantes estabelecem com seus filhos desde o ventre, sentimentos de esperança, de aceitação, amor incondicional, bem como nos primeiros meses após o nascimento, podem ser responsáveis pela formação da auto-estima, através da construção de um alicerce afetivo podendo assim a pessoa começar a ser capaz de criar as suas próprias referências sobre beleza, sucesso e felicidade.

[...] quanto maior forem essas manifestações de afeto por parte dos pais e/ou quem dele cuida, maior será o desenvolvimento das áreas cerebrais responsáveis pela captação e elaboração dos afetos positivos. Isto acaba por favorecer a formação de uma boa auto-estima (SILVA, 2005, p. 44).

Todavia, com as privações e/ou frustrações que a criança passa a ter, ela experimenta o sentimento da raiva na tentativa de se obter tudo sem sacrifício, como quando se encontrava no útero de sua mãe, onde tinha tudo a sua disposição a qualquer momento (SILVA, 2005).

Inúmeras são as hipóteses psicológicas que tentam explicar as razões que levam uma pessoa a desenvolver estes transtornos. As opiniões diferem em relação ao significado da doença e aos aspectos do transtorno vistos como mais significativos. Há um consenso que a severa mudança no comportamento alimentar demonstra que a pessoa se encontra em tormento psicológico, sendo incapaz de resolvê-lo de outra forma. Para preservar um estado psicológico frágil, pois sua natureza é auto-preservadora, mesmo que suas consequências possam vir a ser autodestrutivas a sintomatologia desenvolve-se (AZEVEDO; ABUCHAIM, 2006).

O quadro frequentemente inicia como resposta a algum medo real ou imaginário ou a um sentimento de inadequação que parece avassalador. Eventos ou circunstâncias de vida significativos, como perdas, separações e modificações corporais da puberdade, podem atuar como fator precipitante (AZEVEDO; ABUCHAIM, 2006).

Sampaio (2002) afirma que embora todos os processos conseguidos nos últimos vinte anos, a etiologia dos TA ainda permanece em parte desconhecida, considerando-se no momento atual os seguintes fatores: biológicos e ligados ao desenvolvimento.

O primeiro refere-se para muitos autores, a origem genética. Sabe-se que muitos familiares de 1º grau dos portadores de AN e BN apresentam um risco de 6 a 10 vezes maior do que a população geral. É importante ressaltar que alterações hormonais e alterações de neurotransmissores (serotonina, noradrenalina endorfina, dopamina, etc.) também influenciam no desenvolvimento destes transtornos, mas que na maioria das vezes não é possível saber como isto exatamente acontece (SAMPAIO, 2002).

Já os fatores sociais e culturais também possuem bastante influência no desenvolvimento de TA. O quadro costuma ter como fator desencadeante algum evento significativo como perdas, separações, mudanças, distúrbios da imagem corporal, depressão,

ansiedade e até mesmo, traumas de infância, como abuso sexual. No entanto, as formas como estes fatores atuarão como causa do transtorno alimentar ainda não está esclarecida (PAXTON, 1998). Silva (2005, p. 48-49) cita que

[...] uma criança ansiosa com tendência a ser muito crítica poderá, na adolescência, com o estímulo da mídia e dos valores sociais de beleza, tornar-se uma jovem com anorexia após o término no namoro. Esse episódio funcionaria como um estresse afetivo desencadeador do processo de adoecimento do comportamento alimentar e de autopercepção ocorridos na anorexia nervosa.

Bruch (1962 apud SAMPAIO, 2002), já havia salientado que a hiperproteção materna ou a inadequação da resposta da mãe as mínimas solicitações do bebê (futura anoréxica), respondendo com comida a todos os desconfortos da filha, ou mesmo não os captando rapidamente, poderia resultar em uma perturbação desta criança frente às sensações de fome e de mal estar, gerando então, uma inadequação permanente que pode vir a aparecer potencializado na adolescência.

2.4.4 Epidemiologia

A AN e BN, quase sempre crônicos, estão associadas a um alto índice de comorbidades, sendo a bulimia mais frequente que a anorexia (VILELA et al., 2004). Segundo Fiates e Salles (2001), os TA ocorrem mais frequentemente no sexo feminino, representando de 90 a 95% dos casos. Embora a prevalência destes transtornos na população em geral seja pequena, um aumento significativo tem sido observado em homens e mulheres de todas as idades (VILELA et al., 2004). Vários estudos epidemiológicos apontam um aumento na incidência nos países ocidentais industrializados, nas últimas quatro décadas (MARCONDES, 1993). Todavia, talvez pela influência de modificações culturais tem sido cada vez mais documentado o desenvolvimento em países nos quais costumavam ser raros (PINZON; NOGUEIRA, 2004). Porém ainda hoje, não há evidências de que tenham atingido proporções epidêmicas.

De uma forma geral, a prevalência de AN varia entre 0,5 e 3,7% de BN de 1,1% a 4,2% dependendo das definições dos transtornos utilizadas, se mais restrita ou mais abrangente (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

Sampaio (2002) ressalta que os TA desenvolvem-se em regra, durante a adolescência ou no início da idade adulta. Apenas 5% das pessoas que apresentam AN, tem mais de 25 anos. Contudo, nos últimos anos tem-se observado um número crescente de casos com características fundamentais da patologia, em crianças dos 7 aos 13 anos de idade.

Silva (2005) descreve que segundo a maioria dos pesquisadores, a ocorrência para o desenvolvimento de AN está entre 4% a 30% levando em consideração a faixa etária de início do quadro, a precocidade do diagnóstico e o tratamento oferecido a cada paciente acometido pelo transtorno.

O transtorno é mais característico em países desenvolvidos e com mais frequência em mulheres jovens de origem caucasianas, quando comparadas com mulheres negras, exercendo profissões como atletas, modelos, bailarinas que constantemente submetem-se a controle do peso corporal (DEVLIN et al., 2002). Contudo, a BN tem sido observada em até 40% das universitárias, com episódios isolados de compulsão periódicas e purgação, muitas vezes apresentando histórico de obesidade. Dentre os homens, aqueles que apresentam algum transtorno alimentar, parece haver associação específica entre homossexualidade masculina e índices elevados de sintomatologia bulímica e anoréxica, como demonstrado no estudo de Russell e Keel (2002).

O número elevado na prevalência de TA indica ser o resultado de um padrão de peso ideal exigido principalmente ao sexo feminino como tendência da sociedade atual (NUNES et al., 2001). Esta por sua vez, determina valores e normas que, por sua vez, condicionam atitudes e comportamentos relacionados ao tamanho do corpo, a aparência.

A taxa de mortalidade nos quadros de AN é muito alta, dentre todos os distúrbios psiquiátricos, aproximadamente 0,56% ao ano, sendo cerca de 12 vezes maior que a mortalidade das mulheres jovens na população em geral (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002). Fauci (1998) observa que a evolução da anorexia e da bulimia é variável e que a taxa de mortalidade é a mais alta dentre as doenças psiquiátricas devida a inanição e a taxa de suicídios.

2.4.5 Diagnóstico

A realização de estudos sobre AN e BN na população se torna difícil pela recusa de

muitos pacientes em buscar ajuda profissional e que somente os casos de maior gravidade costumam ser diagnosticados, o que pode levar a estimativas inexatas de incidência, que é o número de novos casos na população e prevalência, que é a ocorrência em determinado grupo (BRUCH, 1962 apud SAIKALI et al., 2004).

Para a realização do diagnóstico de AN deve-se levar em conta os critérios adotados pelo DSM-IV e pelo CID-10, contribuindo então, para melhorar a confiabilidade dos julgamentos diagnósticos (SILVA, 2005).

Sampaio (2002) afirma que a adolescência apresenta na maioria das vezes, o contexto psicossocial onde vai emergir a AN. À dieta soma-se muitas vezes o exercício físico excessivo, onde o esporte perde sua função lúdica de vivência coletiva, prazer, saúde física e configura-se como uma imposição estética e social (SILVA, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1993), a CID-10 adota os seguintes critérios diagnósticos para AN:

- a) O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado;
- b) A perda de peso é autoinduzida, abstendo-se de “alimentos que engordam” e um ou mais do que se segue: vômitos autoinduzidos; purgação autoinduzida; exercícios físicos excessivos; uso de anorexígenos e/ou diuréticos;
- c) Há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma ideia intrusiva e sobrevalorizada e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio;
- d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais;
- e) Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, embora a menarca seja tardia.

Para a Associação Americana de Psiquiatria (1995), os critérios utilizados pela classificação DSM-IV são:

- a) Recusa em manter o peso corporal igual ou acima do normal para a idade e para a altura, o que deve ser entendido como perda de 15% de peso em relação ao esperado ou fracasso no ganho ponderal justificado para o período de crescimento (a maioria destes doentes é adolescente);
- b) Medo intenso de aumentar de peso ou ficar gordo/a, mesmo quando muito emagrecido/a;
- c) Perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência destes na auto-avaliação ou negação da gravidade do baixo peso atual;
- d) Nas mulheres, amenorréia durante pelo menos três meses consecutivos.

Contudo para a classificação diagnóstica da BN, torna-se uma prática não muito comum utilizar os critérios do DSM-IV e CID-10, visto que as pacientes com BN, nem sempre preenchem de forma integral estes critérios. Então, segundo Silva (2005) segue as diretrizes diagnósticas de forma resumida:

- a) Presença de preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível de comida. O paciente sucumbe a episódios de compulsão alimentar, nos quais grandes quantidades de comida são ingeridas em um curto período de tempo.
- b) A tentativa, por parte do paciente, de neutralizar os “efeitos engordativos” dos alimentos pelo uso de um ou mais dos métodos que se seguem: vômitos provocados (ou autoinduzidos), abuso de laxantes, períodos de jejum prolongado, uso de anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos;
- c) A psicopatologia consiste em um medo mórbido de engordar, e o paciente estabelece para si mesmo um determinado limiar de peso bem abaixo do seu pré-mórbido (antes do início da bulimia).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência de escore positivo (EAT+), indicativo de TA, utilizando o EAT-26, em adolescentes de 12 a 14 anos, de uma escola municipal em Campo Grande, MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas: IMC, sexo, ano escolar, turno e prática de exercício físico e as variáveis não contínuas, relacionadas à insatisfação corporal e ao comportamento alimentar.

Relacionar a predisposição para o desenvolvimento de TA contidos no EAT-26, com as variáveis sociodemográficas (sexo, IMC e ano do aluno).

Relacionar a predisposição para o desenvolvimento de TA por meio do EAT-26, com as variáveis não contínuas relacionadas à insatisfação corporal e ao comportamento alimentar.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, exploratória e de corte transversal. Atribui-se a adoção do método quantitativo em função de prever a mensuração das variáveis pré-determinadas, buscando verificar sua existência, relação ou influência sobre outra variável (CHIZZOTTI, 1998 apud CAMPOS, 2000). Ainda no que diz respeito ao tipo de delineamento de pesquisa, a pesquisa descritiva busca conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir e descreve o que ocorre na realidade, bem como o estudo transversal é aquele no qual se estuda a mesma variável em grupos que estão em momentos diferentes (CAMPOS, 2000).

O processo de amostragem foi intencional e por conveniência, desenvolvida com adolescentes matriculados nas séries do 7º ao 9º ano, período matutino e vespertino do ensino fundamental, em uma escola da Rede Pública Municipal de Ensino da cidade de Campo Grande, MS.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Escola Municipal Professora Danda Nunes (EMPDN), em Campo Grande, MS. Inicialmente, a escolha da escola se deu por esta receber uma boa conceituação frente à população da cidade, devido ao grande número de estudantes matriculados, por atender um público de nível socioeconômico variado, pela boa infraestrutura, por ter uma qualidade de ensino satisfatória e pelo melhor acesso à pesquisa, pela pesquisadora.

A EMPDN foi fundada em 27 de janeiro de 1967, na cidade de Campo Grande, MS. No ano de 2004, a prefeitura municipal adquiriu o prédio desocupado de uma antiga escola particular e, desde então, a EMPDN localiza-se no bairro Vivendas do Bosque, área nobre da cidade. A escola atende crianças da Educação Infantil ao 9º ano, nos períodos matutino e vespertino, e tem como missão oferecer um ensino de qualidade, garantindo o respeito individual, buscando as inovações para satisfazer as necessidades dos estudantes. No ano de 2009, a escola teve matriculados no primeiro semestre, do ensino infantil ao ensino fundamental, 944 alunos.

4.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa foi desenvolvida com adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária entre 12 e 14 anos, matriculados no primeiro semestre de 2009, período matutino e vespertino, nas séries do 7º ao 9º ano, do ensino fundamental, da EMPDN, de Campo Grande, MS.

De um universo de 325 alunos matriculados nas séries pesquisadas, participaram da pesquisa 136 alunos, correspondendo a 41,85% a amostra final e ficou composta por 76 (55,88%) estudantes do sexo feminino e 60 (44,12%) do sexo masculino.

Inicialmente, para a seleção da amostra, foi utilizada uma lista fornecida pela secretaria da escola, onde o número de alunos matriculados, até a presente data, era de 325, dispostos por série e turma, nome do aluno, sexo e data de nascimento, onde foi possível estabelecer os alunos que participariam da pesquisa de acordo com a idade preconizada (entre 12 e 14 anos), sendo então, elaborada uma nova listagem somente com os alunos previamente selecionados, para facilitar a identificação deles ao dar prosseguimento à entrega de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, ao recebimento desses Termos devidamente assinados/autorizados pelos pais/responsáveis, dar prosseguimento à coleta de dados.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram inclusos os alunos entre 12 a 14 anos de idade, completos até a data da realização da pesquisa, com participação voluntária e presentes no dia da realização da mesma e com a autorização dos pais e/ou responsável.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os alunos que não entregaram a autorização assinada pelos pais e/ou responsável, alunos cuja idade fosse inferior ou superior à faixa etária preconizada, alunos que não quiseram participar da pesquisa, alunos que não estavam presentes no dia da realização da pesquisa, por falta ou por licença médica e aqueles cujos questionários não foram preenchidos corretamente.

4.6 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, a pesquisadora procurou a direção da EMPDN, oportunidade em que foram expostos os objetivos da pesquisa e solicitada a autorização para sua realização. Decidiu-se que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seria entregue aos pais e/ou responsável pelo aluno, na Reunião de Pais, agendada pela escola. Entretanto, devido à pouca presença desses pais e/ou responsáveis, foi realizada pela pesquisadora a seleção da amostra através da lista entregue pela secretaria da escola, sendo que foram excluídos os alunos que não estavam na faixa etária preconizada, para então, fazer a distribuição do Termo aos alunos, durante o período de aulas, para que levassem para casa e, no dia seguinte, devolvessem para a pesquisadora devidamente assinado ou não. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCDB (ANEXO A).

A coleta de dados foi realizada entre maio e junho de 2009, no ambiente escolar, durante as aulas de educação física da referida escola. Individualmente, a pesquisadora realizava a aferição do peso e altura do adolescente e entregava duas folhas grampeadas contendo os dois questionários (sociodemográfico e o Teste de Atitudes Alimentares) para que o aluno respondesse conforme o próprio entendimento, impedindo a indução de respostas pela pesquisadora e/ou pelos colegas.

4.7 DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Inicialmente, a massa corporal total dos estudantes foi mensurada com uma balança, tipo plataforma da marca Welmy, com capacidade de medida de até 150 kg e sensibilidade de 100 g; para aferição da altura, utilizou-se o estadiômetro da própria balança; os adolescentes foram instruídos a pisar no centro da balança, de costas para a escala, em posição firme, a cabeça posicionada na posição de Frankfurt, com os braços ao longo do corpo, sem calçados, usando roupas leves e sem portar objetos pesados. As medidas antropométricas foram coletadas na escola, de maneira padronizada; as medidas foram coletadas sempre com o mesmo equipamento, rotineiramente calibrado e pela mesma pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Após as aferições, foram aplicados dois questionários de autopreenchimento, sendo um questionário sociodemográfico (APÊNDICE A), elaborado pela pesquisadora, com as seguintes variáveis: IMC, sexo, idade, ano/turma, período (matutino ou vespertino), prática de exercício físico e, em caso afirmativo, qual o tipo, a frequência e o tempo, e perguntas em diversos aspectos em relação à insatisfação corporal e hábitos alimentares, juntamente com o EAT-26 (ANEXO B), para verificação da prevalência de fatores indicativos de TA.

Desta forma, para a verificação do estado nutricional dos adolescentes, foi utilizado nesta pesquisa, o IMC por idade e sexo, tendo como referência, a proposta pela World Health Organization (1995), adotando-se como critério, os valores referentes aos percentis <5 para magreza, percentil <15 para baixo peso, normalidade entre o percentil 15 e percentil 50; risco para sobrepeso, aqueles que estão no percentil ≥ 85 e aqueles com risco para obesidade, percentil > 95 com base para a população geral.

O IMC, também conhecido por Índice de Quetelet, é uma medição do peso corporal expresso em quilogramas (kg), em relação à sua altura, expressa em metros (m) e elevada ao quadrado: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$. Sua aplicabilidade é alta devido à fácil aplicação e ao baixo custo, sendo hoje a técnica recomendada pela Organização Mundial de Saúde como padrão referencial para estudos epidemiológicos para avaliar os riscos à saúde associados com o peso e com a quantidade de gordura corporal (AMORIM et al., 2004).

Contudo, a limitação principal do IMC encontra-se no fato de não definir o nível de adiposidade, isto é, pode-se superestimar a quantidade de gordura corporal em pessoas que perderam ou ganharam massa muscular ou em pessoas edemaciados e, também, por não classificar a distribuição da gordura corporal (andróide ou ginecóide), sendo então, o IMC um instrumento para identificar possíveis problemas de peso frente a inquéritos populacionais e não como caráter diagnóstico. Deve-se salientar que a pesquisadora concorda, pois, através da prática clínica é possível observar estas limitações do IMC com grande frequência, não somente em crianças e adolescentes, sendo necessária então, a realização de outras medidas de avaliação antropométrica para aferição da gordura corporal, como o uso do aparelho científico adipômetro o qual, através da aferição das dobras cutâneas do paciente como: tríceps, bíceps, subescapular, supra-íliaca, coxa, dentre outras, leva aos valores aproximados da quantidade de gordura corporal existente. Porém, o que demanda tempo, corroborando enfim, que a utilização do IMC, é realmente para identificação imediata de possível estado nutricional inadequado, frente à estudos epidemiológicos.

As grandes mudanças físicas que ocorrem na adolescência são responsáveis pelas dificuldades em adotar-se um método de classificação do estado nutricional que corresponda à realidade. Na adolescência, o peso/altura², ou IMC, é mais adequado do que o peso/altura e peso/idade, pois parece refletir melhor as mudanças da forma corporal. A validade do IMC é baseada na sua alta correlação com o peso e a gordura corporal e sua baixa correlação com a altura em crianças e adultos (VITOLO, 2003).

O EAT-26 foi elaborado por Garner e Garfinkel em 1979; inicialmente, o questionário compunha-se de 40 itens, tendo como proposta, uma medida objetiva de autorretrato dos sintomas da anorexia nervosa (NUNES et al., 1994). Posteriormente, foram eliminados alguns itens e atualmente é composto por 26 questões. O EAT-26, foi traduzido para o português por Nunes et al. (1994), transformando-se em um teste psicométrico muito utilizado em estudos epidemiológicos, de domínio público e, atualmente, é utilizado para investigação de pessoas predispostas ao desenvolvimento de transtornos de conduta alimentar, precisamente a anorexia nervosa.

As 26 questões estão assim divididas:

Fator Dieta: compreende as questões de números 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, e 25 que refletem a recusa patológica a altos teores calóricos e grande preocupação com a forma física.

Fator Bulimia: compreende as questões 3, 4, 9, 18, 21, e 26 que refletem a ingestão compulsiva de alimentos, seguida de vômitos e outros comportamentos evitativos de ganho de peso.

Fator de Controle Oral: compreende as questões 2, 5, 8, 13, 15, 19 e 20 e reflete o autocontrole em relação aos alimentos e reconhece forças sociais que estimulam a ingestão alimentar.

Cada pergunta é dividida em escalas do tipo Likert conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha da resposta. Esse teste oferece seis opções de resposta, a saber: sempre (S=3 pontos), muito frequentemente (MF=2 pontos), frequentemente (F=1 ponto), às vezes (AV=0 ponto), raramente (R=0 ponto) e nunca (N=0 ponto). A exceção fica para a questão de número 4, onde a pontuação se inverte: para respostas mais sintomáticas como o S, MF e F, não são conferidos pontos e, para respostas como AV, R e N, são conferidos 1, 2 e 3 pontos, respectivamente.

Seu ponto de corte é 20. Pontuações iguais ou maiores que 21 são indicativas de sintomatologia relacionada à anorexia nervosa, ou seja, EAT+. Sendo as pontuações inferiores a 20 o EAT é negativo (EAT-) (GARNER; GARFINKEL, 1979; GARNER; GARFINKEL; OLMSTEAD, 1983).

Chama-se a atenção para o fato de o teste EAT-26 ser apenas indicativo de transtorno alimentar, não sendo, porém, definitivo ou de caráter diagnóstico (GARNER; GARFINKEL, 1979; GARNER; GARFINKEL; OLMSTEAD, 1983).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Após a autorização da diretora da EMPDN, o projeto foi aprovado pelo CEP da UCDB, conforme as normas éticas previstas nas *Normas de Realização de Pesquisa em Seres Humanos*, por meio da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, e do Código de Ética do Nutricionista, Resolução n. 334, de 10 de maio de 2004 (BRASIL, 1996, 2004).

Após a prévia seleção dos alunos participantes, os adolescentes foram informados sobre o estudo. Aqueles que concordaram em participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser preenchido pelos pais ou respectivos responsáveis, no qual constava uma breve explicação dos objetivos da pesquisa, sobre os métodos que seriam empregados e a afirmação de que não haveria identificação dos alunos pesquisados (APÊNDICE B).

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior que está sendo desenvolvido em outras cidades do Mato Grosso do Sul e foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (ANEXO A) em virtude da reestruturação do CEP da UCDB.

4.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram aplicados dois testes estatísticos, sendo o teste Qui-quadrado (χ^2) e, para os dados com baixa frequência, foi utilizado o teste Exato de Fisher.

Nos testes estatísticos foi utilizado 95% da confiabilidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados obtidos através da análise estatística, serão apresentados juntamente com a discussão. Inicialmente, será apresentado o perfil sociodemográfico dos participantes seguido da caracterização das variáveis não contínuas, insatisfação corporal e comportamento alimentar e, então, a apresentação da prevalência de indicativo de transtorno alimentar (EAT+) na amostra total, seguindo com as apresentações das relações com o EAT+ e as variáveis sociodemográficas (sexo, IMC e ano do aluno) e as relações com as variáveis não contínuas sobre a insatisfação corporal e o comportamento alimentar.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Inicialmente, buscou-se identificar: a classificação do estado nutricional, o sexo, o ano do aluno, turno e a prática de exercício físico. Dentre a amostra total de adolescentes pesquisados (136), 1 estudante (0,7%) apresentou baixo peso, 102 (75%) estavam com o peso ideal, 23 estudantes (16,9%) com risco para sobrepeso e 10 (7,4%) dos adolescentes avaliados apresentaram risco para obesidade; a porcentagem observada foi próxima ao resultado encontrado na pesquisa de Albano e Souza (2001), onde 62,7% dos estudantes na faixa etária de 11 a 13 anos foram considerados com o peso ideal. A presente pesquisa corrobora também aos resultados encontrados por Triches e Giugliani (2007), Toral, Slater e Silva (2007) e Silva, Cruz e Coelho (2008), onde foi observada uma elevada prevalência dos estudantes que se encontravam com o peso ideal e pequenas porcentagens para os que se encontravam estando com baixo peso, sobrepeso e obesidade.

A diferença entre os sexos foi muito pequena e a população dos adolescentes ficou assim distribuída: 76 estudantes do sexo feminino (55,9%) e 60 (44,1%) do sexo masculino; entre os anos de estudo, 54 alunos (39,7%) estavam no 7º ano, 43 (31,6%) no 8º ano e 39 alunos (28,7%) cursavam o 9º ano; em relação aos turnos, 82 alunos (60,7%) estavam matriculados no período matutino e 53 (39,3%), no período vespertino; em relação a prática de exercício físico, 100 alunos (74%) da amostra responderam afirmativamente e apenas 36 (26%), disseram que não.

A presente pesquisa obteve um percentual bastante elevado (74%) na prática de exercícios físicos, já que mais da metade dos adolescentes (100 alunos) responderam afirmativamente à questão. Contudo, não se torna um dado relevante, pois, com base no trabalho de Matsudo et al. (2001), que caracterizam como prática de atividade física a

realização de pelo menos 60 minutos por semana, esta variável da pesquisa torna-se inválida, pois grande parte dos adolescentes deixaram de responder o tipo, tempo e frequência com o qual o praticam, considerando então, apenas as respostas sim e não.

A Tabela 1 apresenta um panorama geral dos dados sociodemográficos dos participantes.

TABELA 1 - Perfil sociodemográfico

Variáveis		n	%
IMC	Abaixo do peso	1	0,7
	Saudável	102	75,0
	Sobrepeso	23	16,9
	Obeso	10	7,4
Sexo	Feminino	76	55,9
	Masculino	60	44,1
Ano	7º	54	39,7
	8º	43	31,6
	9º	39	28,7
Turno	Matutino	83	60,7
	Vespertino	53	39,3
Exercício	Não	36	25,9
	Sim	100	74,1

Promover a inclusão do exercício físico no cotidiano da infância e adolescência e valorizar a educação física escolar que estimule sua prática para toda a vida, de forma agradável e prazerosa, significa estabelecer uma base sólida para a redução da prevalência do sedentarismo, bem como da obesidade e de doenças cardiovasculares na idade adulta, contribuindo para melhorar o perfil lipídico e metabólico. É bastante provável que uma criança/adolescente fisicamente ativa se torne um adulto também ativo, contribuindo para uma melhor qualidade de vida (LAZZOLI et al., 1998).

A atividade física intensa, principalmente quando envolve impacto, favorece um aumento da massa óssea na adolescência e poderá reduzir o risco de aparecimento de

osteoporose em idades mais avançadas, principalmente em mulheres pós-menopausa (LAZZOLI et al., 1998).

Health et al. (1994) verificaram em uma pesquisa com estudantes do ensino médio, que a participação dos alunos nas aulas de educação física, bem como a prática de esportes extracurricular e a participação em programas de recreação diminuíram no período de 1984 a 1990. As mudanças nos hábitos de trabalho, assistir à televisão e usar jogos eletrônicos por longos períodos de tempo, além de outros aspectos culturais ligados ao meio ambiente, diminuem as oportunidades para a prática de atividade física.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS NÃO CONTÍNUAS

As variáveis não contínuas sobre a insatisfação corporal e o comportamento alimentar, estão apresentadas na Tabela 2 (Insatisfação corporal e comportamento alimentar), a qual apresentou 34 alunos (23,9%) que responderam ter vergonha do corpo e 102 alunos (76,1%) que disseram não ter vergonha dele; quando questionados se a preocupação com o corpo motivava a busca por exercícios físicos, 76 alunos (55,9%) responderam afirmativamente e 60 alunos (44,1%) não tinham este comportamento; já a busca por dietas devido à preocupação com o corpo foi observada em 56 alunos (40,3%), sendo que 80 alunos (59,7%) não apresentavam este tipo de comportamento.

Em relação ao medo de engordar ou de ficar mais gordo(a), 89 alunos pesquisados (65,4%) responderam que sim e 47 (34,6%), responderam não ter este medo. Quando questionados sobre como se sentiam atualmente, referente às classificações do IMC (posteriormente estas categorias foram classificadas na análise estatística como: peso ideal e peso não ideal, esta compreendendo as classes baixo peso, sobrepeso e obesidade), 77 alunos (56,6%) consideravam-se estar com o peso ideal e 59 (43,4%), com o peso não ideal. A insatisfação corporal foi presente em 50 alunos (36,3%) e 86 (63,7%), responderam não estarem insatisfeitos com o corpo.

O hábito de “pular refeições” foi observado em 35 adolescentes (25,7%) e 101 (74,3%) alunos não tinham este comportamento. Na amostra da presente pesquisa, o consumo diário de frutas foi observado em 50% dos alunos, já o consumo de legumes, 62 alunos (45,9%) tinham o hábito alimentar diário e o consumo de verduras foi observado em 74 alunos (54,4%) que os consumiam diariamente.

TABELA 2 - Insatisfação corporal e comportamento alimentar

Variáveis		n	%
Vergonha do corpo	Não	102	76,1
	Sim	34	23,9
Busca por exercícios físicos	Não	60	44,10
	Sim	76	55,90
Busca por dieta	Não	80	59,7
	Sim	56	40,3
Medo de engordar ou de ficar mais gordo(a)	Não	47	34,6
	Sim	89	65,4
Atualmente, como se sente	Não ideal	59	43,4
	Peso ideal	77	56,6
Insatisfação com o corpo	Não	86	63,7
	Sim	50	36,3
Hábito de "pular refeições"	Não	101	74,3
	Sim	35	25,7
Hábito de comer frutas	Não	68	50,0
	Sim	68	50,0
Hábito de comer legumes	Não	74	54,4
	Sim	62	45,9
Hábito de comer verduras	Não	62	45,6
	Sim	74	54,4

5.3 ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE INDICATIVOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE TA (EAT+) NA AMOSTRA TOTAL

Na análise da prevalência de indicativos de TA, observou-se que, dentre a amostra total (136 alunos), aproximadamente 87% dos adolescentes não apresentaram fatores de risco para o desenvolvimento desses transtornos (TABELA 3, GRÁFICO 1). Esperava-se uma porcentagem superior a que foi encontrada entre os adolescentes com indicativos para o desenvolvimento de TA (13,2%), visto que a literatura científica ressalta o aumento da

prevalência destes transtornos nos últimos anos. Contudo, os achados de Vilela et al. (2004), mostraram-se semelhantes aos resultados da presente pesquisa; em uma amostra de 1.807 escolares de ambos os sexos, entre 7 e 19 anos de idade, 241 alunos (13,3%) apresentaram EAT+, com um predomínio significativo para o sexo feminino (p -valor=0,003).

TABELA 3 - Prevalência de EAT+

Variáveis	n	%
Positivo	18	13,2
Negativo	118	86,8
Total	136	100,0

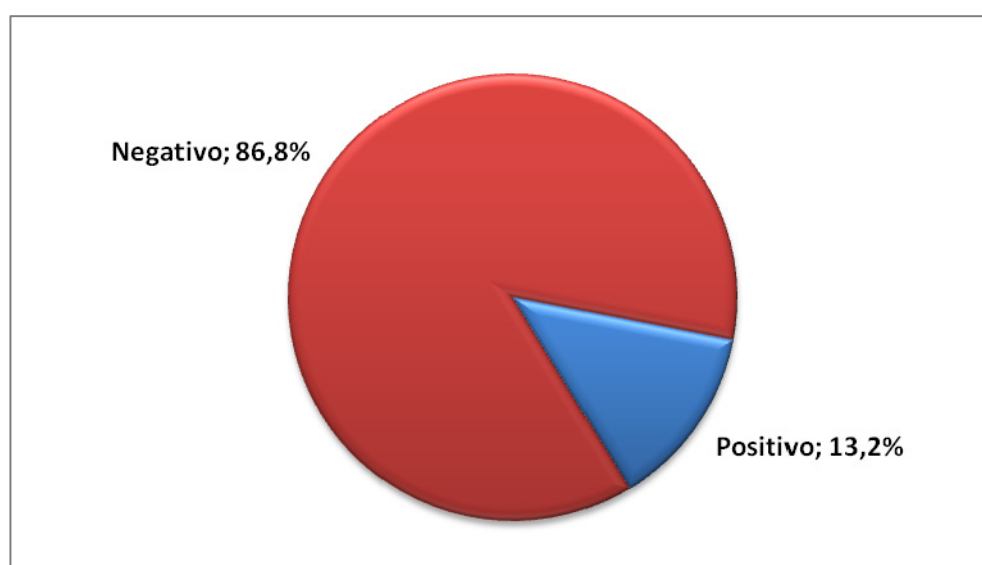


GRÁFICO 1 - Distribuição percentual da prevalência de EAT+.

5.4 ANÁLISES DAS PREVALÊNCIAS DE INDICATIVOS DE TA (EAT+) E AS RELAÇÕES COM AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Através do teste de χ^2 , conforme Tabela 4 e Gráfico 2, não foi detectada diferença significativa entre os sexos em relação ao indicativo de TA (p -valor=0,631). Dentre a amostra pesquisada, 11 adolescentes do sexo feminino (14,5%) apresentaram indicativo para o desenvolvimento de TA e, no sexo masculino, 7 estudantes (11,7%). O percentual dos alunos

que não apresentaram indicativo foi bastante elevado (entre o sexo feminino foi de 85,5% e o sexo masculino entre 88,3%), contudo, a presente pesquisa não pode considerar que a maior prevalência continua sendo entre o sexo feminino, já que a diferença entre os sexos e o percentual encontrado, foi muito pequeno em relação àqueles que não tinham indicativos.

TABELA 4 - Análise do sexo em relação ao EAT-26

Variáveis	Feminino		Masculino		p-valor
	n	%	n	%	
Negativo	65	85,5	53	88,3	0,631
Positivo	11	14,5	7	11,7	
Total	76	100,0	60	100,0	

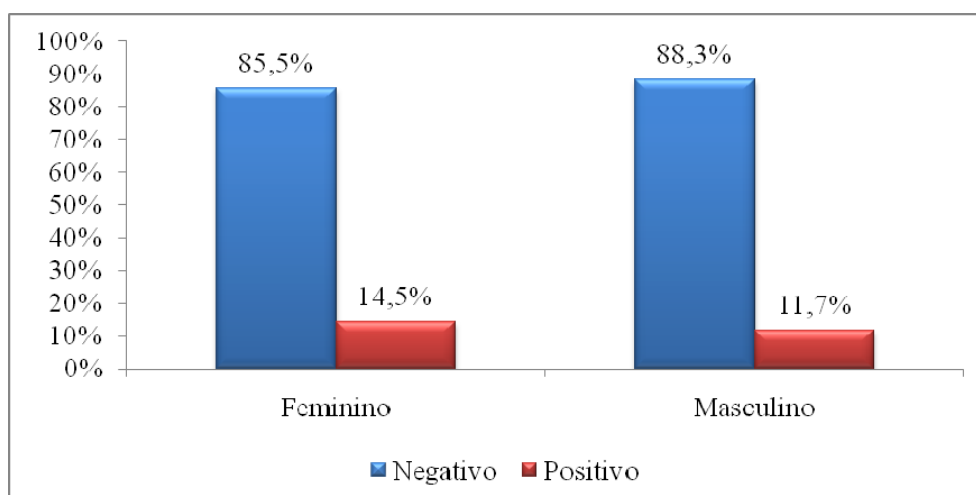


GRÁFICO 2 - Distribuição percentual do sexo em relação ao EAT-26.

De acordo com Moreschi (2007), foi aplicado o EAT-26 em uma escola particular em Cascavel, PR, entre estudantes de 13 a 17 anos, sendo 22 do sexo feminino (58%) e 16 do sexo masculino (42%) e não foi encontrada diferença significativa na análise estatística com relação ao EAT+ quando comparados os sexos. Além da verificação da prevalência de escores positivos, as questões do EAT-26 foram analisadas separadamente e comparadas entre os sexos. Verificou-se então, que, dos 38 estudantes que responderam ao questionário, apenas 3 estudantes (7,8%) com idades entre 13 e 14 anos, apresentaram escore positivo, sendo todos do sexo feminino (p-valor=0,12), valor este inferior ao encontrado na presente pesquisa.

Na pesquisa de Chiodini e Oliveira (2003), onde foram avaliados 250 estudantes (106 do sexo masculino e 144 do sexo feminino) com idade entre 14 e 16 anos de uma escola pública de Rio Claro, SP, entre os adolescentes, 12 meninas (8,3%) e 4 meninos (3,7%) apresentaram padrão de comportamento alimentar divergente do aceitável, de acordo com o EAT-26, não existindo então, diferença significativa entre os sexos, o que corrobora ao que foi descrito acima. Já na pesquisa realizada por Vilela et al. (2004), em 1.807 crianças e adolescentes de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas de cinco localidades do interior do estado de Minas Gerais, com idade entre 7 e 19 anos, foram encontrados 241 alunos (13,3%) com EAT+, com um predomínio significativo do sexo feminino (p -valor=0,003).

Na cidade de Cadiz, Espanha, estudantes da rede pública de ensino, entre 14 a 18 anos, do sexo feminino também tinham significativamente as maiores prevalências para comportamentos relacionados a TA, tanto para anorexia nervosa, quanto para bulimia nervosa (RODRIGUÉZ et al., 2001). Silva, Cruz e Coelho (2008) identificaram dentre as 81 adolescentes avaliadas, 21% com indicativo para o desenvolvimento de TA, resultados semelhantes aos encontrados na pesquisa de Rosa et al. (2008), quando avaliaram 81 adolescentes, entre 10 a 19 anos de uma escola preparatória para modelos em Maringá, PR, onde 22,2% das adolescentes possuíam fatores de risco para o desenvolvimento destes transtornos.

Contudo, na presente pesquisa, levando em consideração o percentual encontrado apenas no sexo feminino, o valor foi muito menor quando comparadas as pesquisas de Rodríguez et al. (2001) e Silva, Cruz e Coelho (2008). Porém, ao levar em consideração os dois sexos, a pesquisa atual corrobora os valores encontrados nas pesquisas de Moreschi (2007) e Chiodini e Oliveira (2003), considerando então, apenas um predomínio maior para o sexo feminino.

A análise da prevalência de indicativo para o risco de desenvolvimento de TA e o IMC (onde os adolescentes foram classificados posteriormente para a análise estatística, em peso saudável e peso não saudável – considerando as classes: baixo peso, risco para sobrepeso e risco para obesidade), foi realizada através do Teste Exato de Fisher e não foi detectada diferença significativa (p -valor=0,075). Conforme a Tabela 5 e Gráfico 3, dentre o total de 136 adolescentes pesquisados, 102 estudantes estavam com o peso saudável e destes, apenas 10 estudantes (9,8%) apresentaram indicativo para o desenvolvimento de TA. Contudo, entre

os 34 alunos que estavam no grupo de peso não saudável, a porcentagem encontrada (23,5%) apenas entre os adolescentes que apresentaram EAT+, foi maior quando comparadas com aqueles que estavam com o peso saudável, observando-se então, que os estudantes que estão fora do peso ideal, estão mais propensos a desenvolverem algum tipo de TA.

TABELA 5 - IMC em relação ao EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Não saudável	26	76,5	8	23,5	0,075
Saudável	92	90,2	10	9,8	
Total	118	86,8	18	13,2	

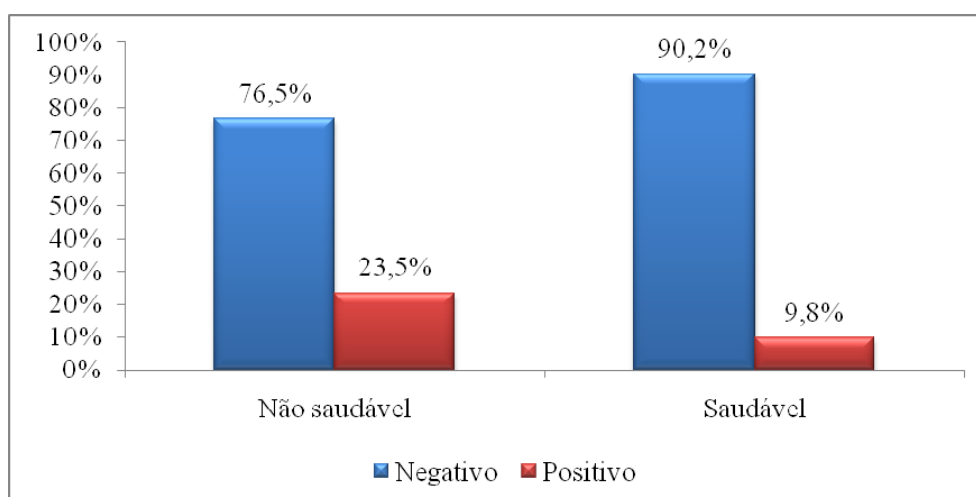


GRÁFICO 3 - Distribuição percentual do IMC em relação ao EAT-26.

No estudo de Pastore, Fisher e Friedman (1996 apud ALVES et al., 2008), em Nova York, Estados Unidos, observou-se que, na pesquisa com adolescentes de ambos os sexos e idade média de 16 anos, a pontuação média no EAT-26 dos obesos, foi significativamente diferente dos demais estados nutricionais, indicando que estes têm maior número de atitudes alimentares anormais do que aqueles com o peso ideal ou de baixo peso, corroborando a pesquisa realizada por Sampei (2001), onde as adolescentes de ascendência caucasiana sem menarca, com estado nutricional de obesidade, diferiam das adolescentes com sobrepeso, eutrofia (peso ideal) ou desnutrição quanto à prevalência de sintomas de anorexia nervosa (p-

valor=0,007). O risco dessas adolescentes obesas apresentarem sintomas de anorexia nervosa foi 3,63 vezes maior que as adolescentes eutróficas. De acordo com a pesquisa de Silva, Cruz e Coelho (2008), avaliando 81 adolescentes do sexo feminino, entre 13 e 15 anos de idade, observou-se que, das adolescentes que estavam com o peso ideal, 65,21% apresentaram EAT+, indicativo para o desenvolvimento de TA.

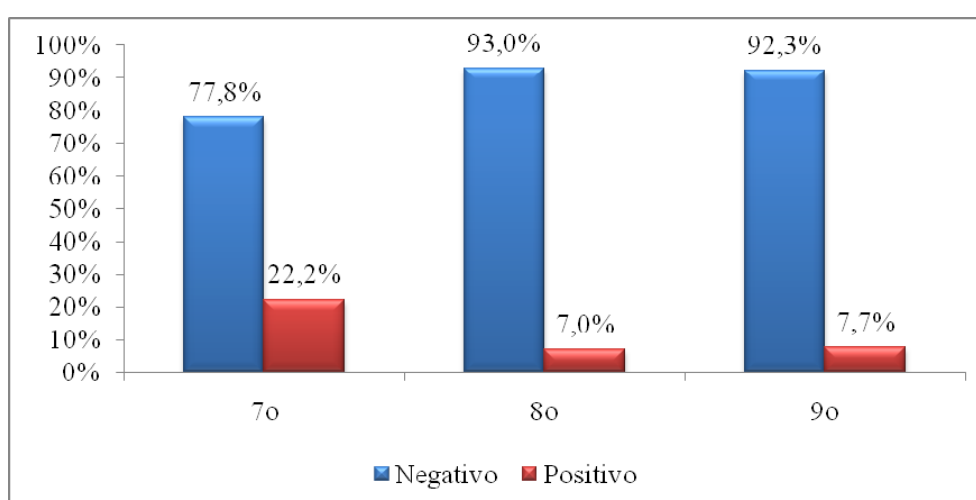
Observa-se então que, a classificação do estado nutricional nem sempre demonstra a tendência para o desenvolvimento de TA, embora em uma fase avançada possa ocorrer o comprometimento do peso corporal. A pesquisa de Heinberg et al. (1995 apud CHIODINI; OLIVEIRA, 2003), vem mostrando, desde os anos 80, que independentemente do peso corporal, o sexo feminino, sobretudo, apresenta um descompasso entre o sentir-se gorda e o estar acima do peso saudável. Menos da metade das adolescentes pesquisadas pelos autores, que se consideravam gordas são magras e menos de 10% delas estão contentes com a sua aparência física.

A Tabela 6 e o Gráfico 4 apresentam a relação ao ano de estudo do adolescente entrevistado, nos quais verificou-se que houve diferença significativa entre os grupos (p-valor=0,043). Entre os 54 adolescentes do 7º ano, 22,2% apresentaram EAT+; no 8º e 9º anos, a porcentagem dos alunos que apresentaram EAT+ ficou por volta dos 7%. Considerando que o 7º ano compreende a faixa etária aproximada entre 11 e 13 anos de idade, este resultado tornou-se bastante significativo para a pesquisa, pois foi possível observar uma tendência ao desenvolvimento de TA em idades mais novas, sugerindo-se que pode haver, entre os adolescentes pesquisados, uma maior preocupação com o corpo e/ou a adoção de comportamentos alimentares inadequados. Estes resultados vão ao encontro nos achados da pesquisa de Silva, Cruz e Coelho (2008), onde verificou-se maior prevalência das adolescentes na faixa etária entre 13 e 15 anos, apresentarem risco para o desenvolvimento dos TA.

Contudo, Hoek e Hoeken (2003) apontam que o início dos primeiros sintomas de anorexia nervosa, ocorre entre 13 e 14 anos e aos 17 e 18 anos, bem como na pesquisa de Salles et al. (2005), que mostrou que 24,5% das 98 modelos pesquisadas entre 11 a 19 anos de idade, apresentaram sintomas para o desenvolvimento de anorexia nervosa, sendo que, dessas, 8,3% encontravam-se na faixa etária de 11 a 14 anos e 91,7%, entre 15 e 19 anos.

TABELA 6 - Relação ano do aluno e o EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
7º	42	77,8	12	22,2	0,043
8º	40	93,0	3	7,0	
9º	36	92,3	3	7,7	
Total	118	86,8	18	13,2	

**GRÁFICO 4** - Distribuição percentual da relação ano do aluno e o EAT-26.

5.5 ANÁLISES DAS PREVALÊNCIAS DE INDICATIVOS DE TA (EAT+) E AS RELAÇÕES COM AS VARIÁVEIS SOBRE INSATISFAÇÃO CORPORAL E HÁBITOS ALIMENTARES

Conforme é mostrado na Tabela 7 e Gráfico 5, houve diferença significativa (p -valor<0,001) em um nível de 95% de confiabilidade, entre a relação do EAT+ e a vergonha do corpo. Isso significa que, dentre os 34 estudantes que responderam ter vergonha do corpo, 13 estudantes (38,2%) apresentaram indicativo para o desenvolvimento de TA, sendo que, dentre os que não tinham vergonha do corpo, representando 102 adolescentes, apenas 5 estudantes (4,9%) apresentaram EAT+. Com isso, observa-se então, que a relação com o corpo é mais decisiva para o desenvolvimento de alterações do comportamento alimentar.

Embora a presente pesquisa não tenha realizado a comparação entre os sexos, a pesquisa de Russo (2005) identificou entre 102 estudantes de educação física, de ambos os sexos, utilizando-se do Body Shape Questionnaire que, entre o sexo feminino, a adoção de diversas atitudes negativas em relação à insatisfação corporal, ter vergonha do corpo, incluindo a exclusão de certas roupas, abster-se de ir à praia ou à piscina evitando maiôs, são situações que aparecem com maior frequência e que, dentre o sexo masculino, caracteriza-se por uma preocupação em ficar mais forte a todo custo.

TABELA 7 - Relação vergonha do corpo e o EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Não	97	95,1	5	4,9	< 0,001
Sim	21	61,8	13	38,2	
Total	118	86,7	18	13,3	

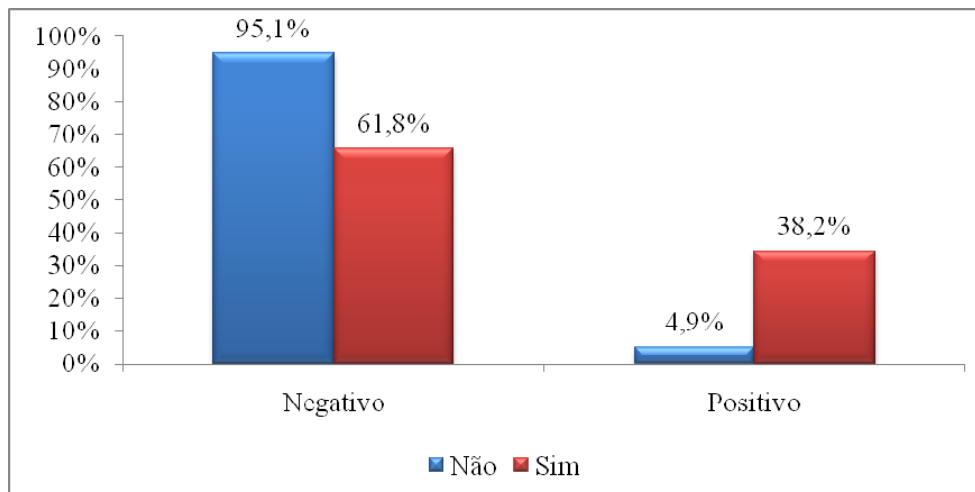
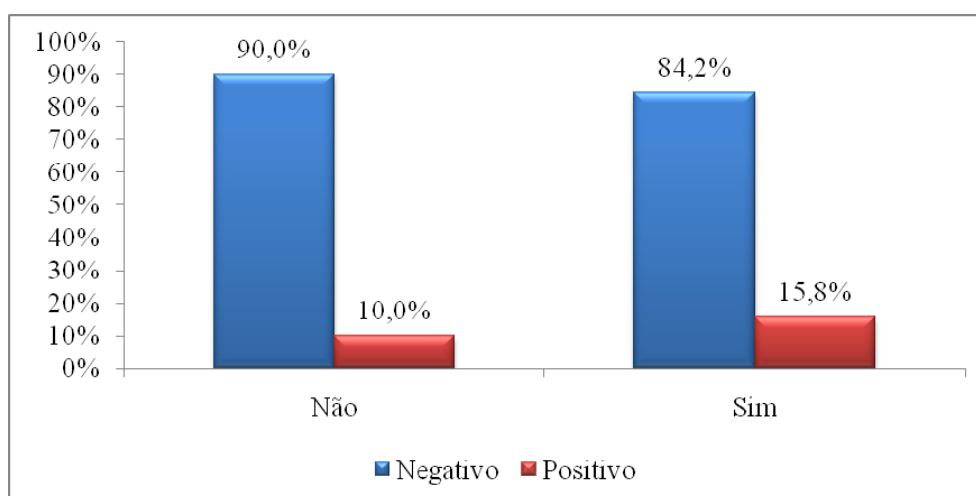


GRÁFICO 5 - Distribuição percentual da relação vergonha do corpo e o EAT-26.

A análise da preocupação com o corpo e a busca por exercícios físicos com a relação com o indicativo para o desenvolvimento de TA, exemplificada na Tabela 8 e Gráfico 6, revela não ter sido significativa ($p\text{-valor}=0,323$). Dentre a amostra, 76 adolescentes responderam ter este tipo de comportamento, sendo que 12 alunos (15,8%) apresentaram EAT+. Contudo, entre o total de alunos (60 adolescentes) que responderam não se preocupar com o corpo, apenas 6 (10%) apresentaram indicativos para o desenvolvimento de TA.

TABELA 8 - Relação busca por exercícios físicos e o EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Não	54	90,0	6	10,0	0,323
Sim	64	84,2	12	15,8	
Total	118	86,8	18	13,2	

**GRÁFICO 6** - Distribuição percentual da relação busca por exercícios físicos e o EAT-26.

É importante ressaltar, que a prática do exercício físico diário, é um fator determinante para uma melhor qualidade de vida atual e futura. Porém, a questão levantada nessa pesquisa, dirige-se ao fato de a busca pelo exercício físico ser somente determinada pela preocupação com o corpo, devido às exigências impostas pelos padrões socioculturais, o que gera uma grande preocupação por parte dos profissionais da saúde, pois essa situação, ligada à baixa autoestima, ao gasto energético e também ao desequilíbrio na ingestão calórica, pode levar a dois tipos de problemas: a obesidade e a desnutrição. No entanto, com os dados encontrados na presente pesquisa, foi possível observar que a busca por exercícios físicos não foi determinante para a prevalência de indicadores para o desenvolvimento de TA.

Na pesquisa de Assunção, Cordás e Araújo (2002), objetivando analisar os métodos utilizados para perda/controlar o peso, com ênfase para a atividade física em uma amostra de 47 mulheres, com AN, BN ou de um transtorno alimentar não especificado, em regime ambulatorial, detectou-se que 67,5% relataram que o início da prática de exercício se deu após

o início de preocupações com a imagem corporal e que 70,2% das pacientes utilizava-se do exercício físico, com ou sem padrão excessivo, para perda/controle de peso. Esta pesquisa corrobora aos achados por Jankauskiene e Kardelis (2005).

Davis et al. (1994), acrescentaram que restrição alimentar e exercício físico excessivo são comportamentos autoperpetuantes e resistentes à mudança. O início de uma restrição alimentar e a busca pela prática de exercícios físicos podem ser determinados pelos padrões socioculturais exigidos, pois a atividade física “induzida” por um estado de privação alimentar poderia causar uma perda do apetite ainda maior, fechando-se então, o ciclo: privação alimentar – exercício – perda do apetite.

Na pesquisa realizada por Vilela et al. (2004), encontrou-se 1.014 alunos (56% da amostra total) que fazem exercícios físicos com a finalidade de emagrecer, com predomínio significativo do sexo feminino ($p\text{-valor}=0,000$). Braga, Molina e Cade (2007), em pesquisa exploratória de natureza quanti-qualitativa, observaram que, em relação a como os adolescentes avaliados pensam que poderiam conseguir o objetivo pretendido, seja por ganhar ou perder peso e ganhar massa magra, 18,6% dos adolescentes disseram que o exercício físico seria suficiente para a mudança e 37,2% apontaram como possibilidade para a mudança no corpo, a prática do exercício físico juntamente com uma mudança na alimentação.

De acordo com Fiates e Salles (2001), em estudo realizado com estudantes universitárias do sexo feminino, após a tabulação dos dados das respostas mais frequentemente encontradas através da aplicação do EAT-26, encontraram entre elas, a busca por exercícios físicos exaustivos para perda de peso, relato feito por mais de 70% das estudantes, tornando evidente que indivíduos excessivamente preocupados com o peso têm maior tendência a desenvolver sintomas de anorexia nervosa.

Moreschi (2007) observou que, quando os adolescentes foram questionados a respeito da prática de exercícios físicos voltados para a queima calórica para perda de peso, foram encontrados 13 adolescentes do sexo feminino (59,1%) e 5 adolescentes (31,2%) do sexo masculino.

A hipótese de que a preocupação com o corpo pudesse influenciar o comportamento alimentar do adolescente gerou a presente análise, de acordo com a Tabela 9 e Gráfico 7, onde foi detectada diferença significativa ($p\text{-valor}<0,001$). Entre os 56 estudantes que responderam que, a busca por dietas era motivada pela preocupação com o corpo, 14 adolescentes (25,9%),

apresentaram EAT+. Já entre os 80 alunos que não buscavam dietas, apenas 4 (5%) apresentaram indícios para o desenvolvimento de TA.

TABELA 9 - Relação busca por dietas e EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Não	76	95,0	4	5,0	< 0,001
Sim	42	74,1	14	25,9	
Total	118	86,6	18	13,4	

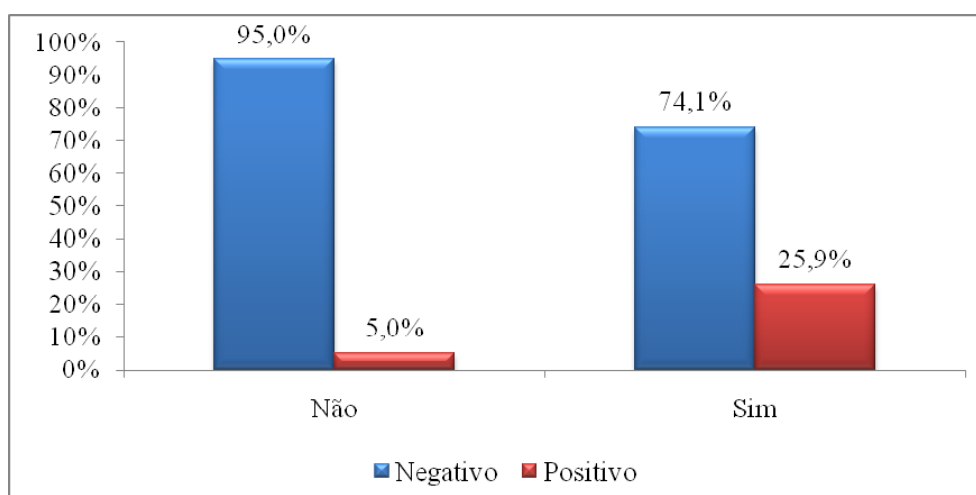


GRÁFICO 7 - Distribuição percentual da relação busca por dietas e EAT-26.

Braga, Molina e Cade (2007), encontraram em pesquisa exploratória de natureza quali-quantitativa, 37,2% dos estudantes avaliados, relatando que somente a modificação da alimentação é possível para conseguir o objetivo pretendido, seja ganhar ou perder peso e ganhar massa corporal magra. Também no estudo de Fiates e Salles (2001), utilizando o EAT-26, com amostra de 221 universitárias, 22,17% apresentaram EAT+, observando ainda um hábito frequente de fazer dieta, comportamento característico de pessoas suscetíveis ao desenvolvimento de AN. Na pesquisa de Chiodini e Oliveira (2003), observou-se que as adolescentes avaliadas estavam mais preocupadas com o corpo, em fazer dietas e exercícios físicos no intuito de “queimar calorias” para, assim, evitar o excesso de peso.

De acordo Bosi et al. (2008), a insatisfação com a imagem corporal é comum entre o sexo feminino e é manifesta em seu desejo de perder peso através da adoção de práticas alimentares e de redução de peso corporal inadequadas. Sabe-se que o hábito alimentar através da restrição calórica, com o objetivo da perda de peso, pode estar associado também com a baixa autoestima, obsessão pela comida, ansiedade com alimentação e o hábito de ocultar e/ou evitar alimentos (ALVARENGA; DUNKER, 2004). No estudo de Cuadrado, Carbajal e Moreiras (2000) e de Rodriguez et al. (2001), verificou-se que uma percepção corporal alterada, gera restrição ao consumo de alimentos, especialmente dos que são considerados hipercalóricos.

Na pesquisa realizada por Vilela et al. (2004), foram encontrados 731 alunos (40%) que têm o hábito de fazer algum tipo de dieta, com predomínio significativo do sexo feminino (p -valor=0,000). Destes, somente 118 (16%) fazem dieta frequente, sendo que os demais o fazem de maneira esporádica. Entre as adolescentes americanas, 60 a 80% controlam a ingestão de alimentos, sendo que, para o sexo masculino, este percentual cai para 10 a 16% conforme observou a pesquisa de Troyse (1997) e Heinberg et al. (1995 apud CHIODINI; OLIVEIRA, 2003).

A análise do medo do adolescente em engordar ou ficar mais gordo é observada na Tabela 10 e Gráfico 8, no qual foi detectada diferença significativa (p -valor=0,005). Entre os adolescentes pesquisados, 89 afirmaram ter medo de engordar ou de ficar mais gordo e destes, 17 (19,1%) dos adolescentes apresentaram EAT+. Contudo, entre os 47 alunos que não apresentaram este medo, apenas 1 aluno (2,1%) apresentou indicativo para o desenvolvimento de TA. Observa-se então que, a preocupação com o corpo, sob o medo de engordar, foi determinante para a análise da prevalência de EAT+ na presente pesquisa.

De acordo com Moreschi (2007), analisando isoladamente as questões do EAT-26, em uma população de 38 alunos, encontrou-se 8 meninas (36,3%) que assinalaram a questão em relação ao pavor do excesso de peso, enquanto que apenas 1 menino (6,2%) marcou esta questão. Ainda no mesmo estudo, em relação à preocupação com o excesso de gordura corporal, obtiveram-se 9 (40,9%) adolescentes do sexo feminino, respondendo afirmativamente à questão e 2 (12,5%) do sexo masculino, corroborando o estudo de Vilela et al. (2004), onde 511 estudantes (48%) de uma amostra de 1059, estavam preocupados com o excesso de peso, com predomínio do sexo feminino.

No estudo de Dunker e Philippi (2003), objetivando avaliar os hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes entre 15 e 18 anos de idade, de uma escola particular, utilizando-se do EAT-26 e do recordatório alimentar 24 horas “modificado”, observou-se no grupo que apresentava indicativo para o desenvolvimento de TA, uma maior associação dos alimentos com o medo de engordar.

TABELA 10 - Relação medo de engordar ou ficar mais gordo(a) e EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Não	46	97,9	1	2,1	0,005
Sim	72	80,9	17	19,1	
Total	118	86,8	18	13,2	

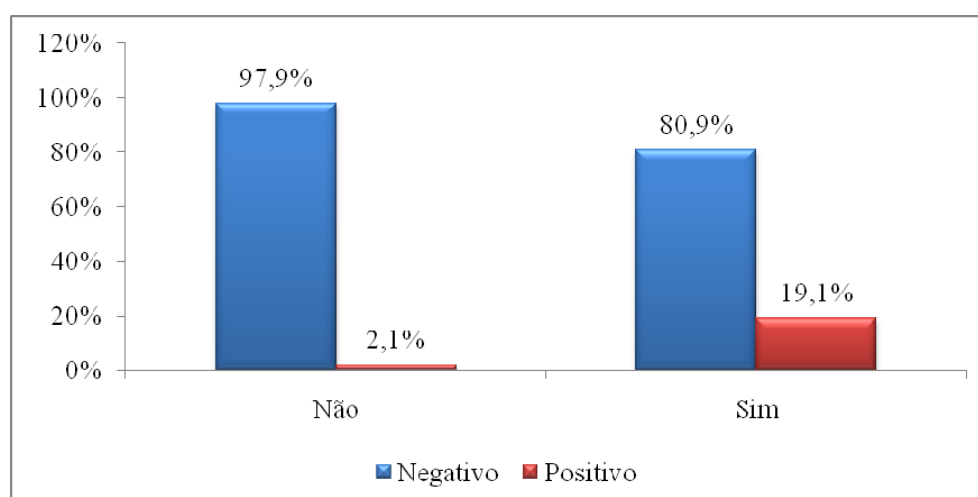


GRÁFICO 8 - Distribuição percentual da relação medo de engordar ou ficar mais gordo(a) e EAT-26.

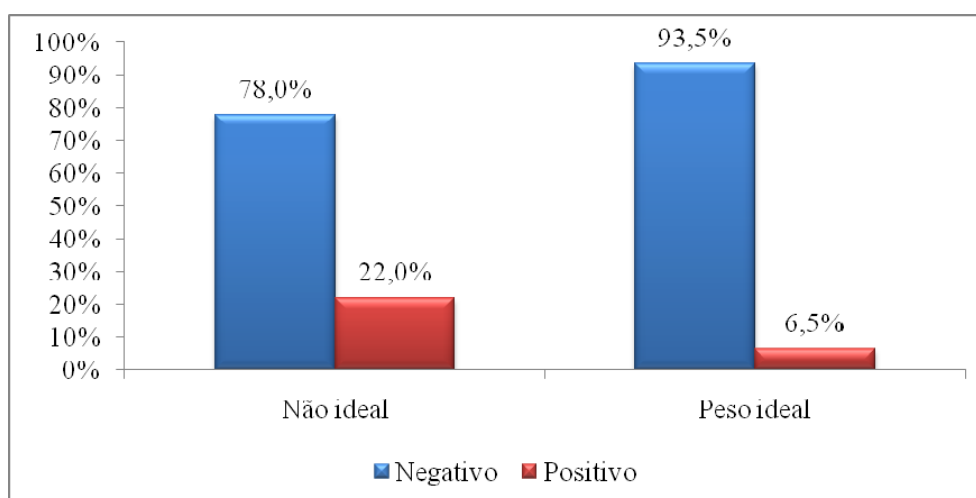
Conforme a Tabela 11 e Gráfico 9, observou-se diferença significativa ($p\text{-valor}=0,008$) na relação de como o estudante se sente atualmente. De acordo com a classificação do IMC, 77 adolescentes consideravam estar com o peso ideal e, destes, apenas 5 (6,5%) apresentaram EAT+. Entre os alunos que não consideravam estar com o peso ideal, a amostra foi menor, representando 59 alunos. Contudo, o percentual encontrado entre os adolescentes que apresentaram indicativo para o desenvolvimento de TA, 13 alunos (22%) fizeram parte deste grupo. Observa-se então, que a percepção real de sua condição quando é distorcida pode também ser determinante para o desenvolvimento de TA.

Pinheiro e Giugliani (2006), investigando a prevalência de crianças com peso adequado que se sentem gordas e os fatores associados a essa percepção, em 901 escolares de 8 a 11 anos de ambos os sexos, residentes em Porto Alegre, RS, detectaram que 684 escolares apresentaram o peso ideal, dentre essas, 88 (12,9%) achavam-se gordas, o que representa 38,1% (231 escolares) de todas as crianças que estavam com excesso de peso, todavia a prevalência foi maior nas meninas (17%) do que nos meninos (9%) que tinham esta percepção. Na pesquisa realizada por Vilela et al. (2004), entre os 1.059 alunos pesquisados, 511 alunos (48%) gostariam de parecer mais magros (p -valor=0,000); 548 alunos gostariam de parecer mais gordos, com predominância significativa do sexo masculino (p -valor=0,000).

Erling e Hwang (2004), em um estudo com crianças suecas de 10 anos, mostraram que, das crianças que se sentiam gordas, somente 30% apresentavam sobrepeso. Na pesquisa de Branco, Hilário e Cintra (2006) verificou-se que a percepção da imagem corporal, foi mais comprometida no sexo feminino do que no masculino. Dentre as adolescentes que estavam com o peso ideal, 39% percebiam-se com sobrepeso e 47% sentiam-se obesas. Entre os adolescentes do sexo masculino, 26% daqueles que estavam com sobrepeso se acharam com o peso ideal e 46% dos obesos se acharam somente em sobrepeso ou com peso ideal, detectando diferença significativa para ambos os sexos. Esses resultados enfatizam o desejo das adolescentes de almejar a perda de peso e que a subestimação para os adolescentes do sexo masculino, ressalta suas qualidades físicas quando distribuído num porte atlético, permitindo maior satisfação com seus corpos, aliada à baixa pressão social (PAXTON et al., 1991).

TABELA 11 - Relação atual de como o estudante se sente e o EAT-26

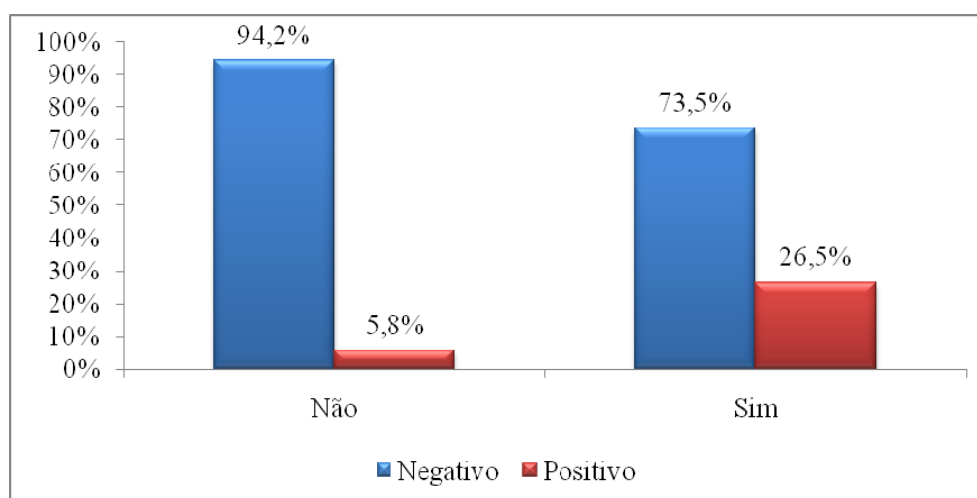
Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Peso não ideal	46	78,0	13	22,0	0,008
Peso ideal	72	93,5	5	6,5	
Total	118	86,8	18	13,2	

**GRÁFICO 9** - Distribuição percentual da relação atual de como o estudante se sente e o EAT-26.

Entre a relação da insatisfação corporal e a prevalência de EAT+ foi detectada diferença significativa ($p\text{-valor}=0,001$), conforme exemplificado na Tabela 12 e Gráfico 10. Observou-se que, dentre os 49 estudantes que afirmaram estar insatisfeitos com o corpo, 13 adolescentes (26,5%) apresentaram risco para o desenvolvimento de TA. O percentual foi menor entre os 86 adolescentes que não se sentiam insatisfeitos, representando 5,8% deste grupo. Contudo, a presente pesquisa foi contrária aos achados de Toro et al. (2005), o qual, pesquisando 240 adolescentes de 12 escolas públicas e 14 privadas de Barcelona, detectou que, entre as adolescentes, houve mais insatisfação da imagem corporal e maior prevalência para o risco de desenvolvimento de TA.

TABELA 12 - Relação insatisfação corporal e o EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Não	82	94,2	5	5,8	0,001
Sim	36	73,5	13	26,5	
Total	118	86,7	18	13,3	

**GRÁFICO 10** - Distribuição percentual da relação insatisfação corporal e o EAT-26.

Triches e Giugliani (2007), utilizando a escala de imagem corporal Children's Figure Rating Scale, a qual contém 9 silhuetas numeradas, com extremos de magreza e gordura com altura estável, apresentados separadamente segundo o sexo, detectou que, dentre 573 escolares avaliados, 63,9% estavam insatisfeitos com o corpo, demonstrando maior prevalência de meninas que desejavam o corpo menor ou mais magro, enquanto que, entre os meninos, houve maior prevalência no desejo de serem maiores. As pesquisas de Sano et al. (2008) e Mellor et al. (2008), corroboram esses achados, observando que as pessoas do sexo feminino referiram maior insatisfação corporal que os rapazes e, muitas vezes, preferiram mais a imagem corporal esbelta ao corpo saudável. Também na pesquisa de Braga, Molina e Cade (2007), com 43 alunos em uma instituição salesiana de Vitória, ES, muitos demonstraram insatisfação com o peso por se considerarem acima do peso desejado.

No estudo exploratório, de natureza quantitativa, com 43 adolescentes de ambos o sexos, na faixa etária de 14 a 17 anos, Braga, Molina e Cade (2007), encontraram

aproximadamente 84% dos adolescentes insatisfeitos com o corpo, seja por estarem com algumas partes ou com o peso acima ou abaixo de suas expectativas. No estudo de Pinheiro e Giugliani (2006), grande parte dos escolares (82%) encontravam-se insatisfeitos com o seu corpo e, em relação ao sexo feminino, a maioria delas, mesmo quando classificadas com o peso ideal, apresentaram insatisfação com o seu peso (58,2%).

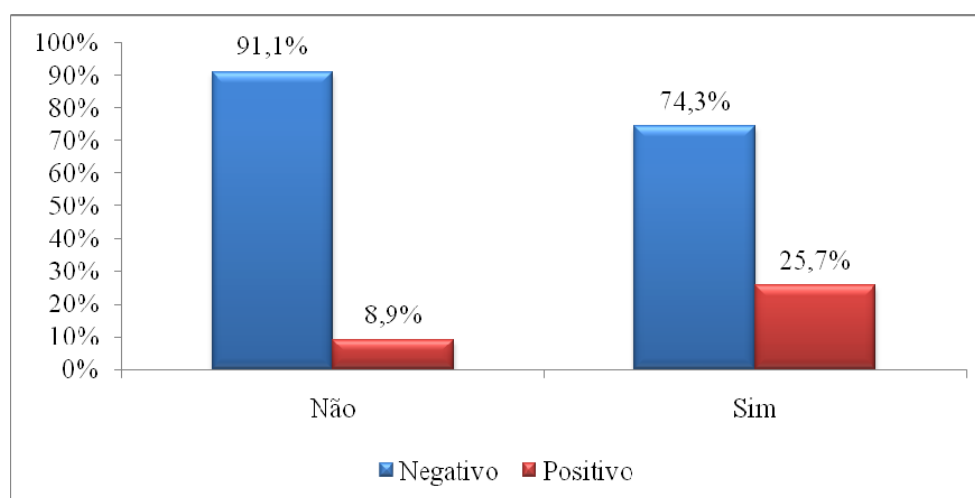
Na pesquisa de Corseuil et al. (2009), com 180 adolescentes do sexo feminino de 10 a 17 anos, matriculadas em uma escola da rede privada de ensino no município de Três de Maio, RS, objetivando verificar a associação entre insatisfação com a imagem corporal e inadequação nutricional, encontraram uma prevalência bastante elevada (85%) de insatisfação com a imagem corporal, porém a pesquisa não fez a associação com o instrumento EAT-26.

Nota-se então, que a supervalorização da imagem corporal e a preferência da sociedade por um modelo de beleza cada vez mais magro e/ou bem delineado, muitas vezes reforçados pela mídia, vêm ganhando força e tem-se verificado um crescimento importante na incidência dos TA, visto que, antes, patologias que se manifestavam em adultos vêm sendo encontradas com maior frequência entre as crianças e adolescentes.

De acordo com a Tabela 13 e Gráfico 11, a análise da insatisfação corporal e o hábito de “pular refeições” com relação à prevalência de indicativo para o desenvolvimento de TA, foi detectada diferença significativa através do Teste Exato de Fisher ($p\text{-valor}=0,010$), sendo que, entre os 35 adolescentes que afirmaram ter este hábito (“pular refeições”), 9 (25,7%) apresentaram EAT+. Dentre os 101 alunos que não tinham o hábito, também 9 adolescentes apresentaram indicativos para o desenvolvimento de TA.

TABELA 13 - Relação ao hábito de “pular refeições” e o EAT-26

Variáveis	Negativo		Positivo		p-valor
	n	%	n	%	
Não	92	91,1	9	8,9	0,010
Sim	26	74,3	9	25,7	
Total	118	86,8	18	13,2	

**GRÁFICO 11** - Distribuição percentual da relação ao hábito de “pular refeições” e o EAT-26.

Oliveira e Fisberg (2003) afirmam que os adolescentes que costumam “pular refeições”, especialmente o desjejum (café da manhã), têm como uma das consequências um baixo rendimento escolar. No Brasil, estudos demonstram que o almoço e jantar são substituídos por lanches rápidos e que geralmente são alimentos ricos em lipídios e carboidratos e pobres em vitaminas, sais minerais e fibras.

Triches e Giugliani (2005) observaram que a omissão do desjejum e a baixa frequência do consumo de leite foram as práticas específicas significativamente associadas à obesidade, podendo significar uma tentativa equivocada de reduzir calorias e consequentemente a perda de peso. Niklas et al. (2000) argumentam que a prática do consumo habitual do café da manhã, pode controlar o peso corporal devido ao menor consumo de lipídios na dieta em função do papel minimizador no consumo de lanches mais energéticos, pois crianças que fazem esta refeição consomem mais produtos lácteos, grãos e frutas.

No estudo de Branco et al. (2007), objetivando conhecer o consumo do café da manhã e sua relação com a percepção corporal, identificou-se que, a omissão do café da manhã foi maior entre os adolescentes com excesso de peso de ambos os sexos, além de observar diferença significativa entre a omissão da refeição e a distorção da imagem corporal nos adolescentes do sexo feminino, sendo que a maioria das adolescentes que omitiam o café da manhã, enxergavam-se acima do peso ($p\text{-valor}=0,005$), não sendo essa relação, significativa entre o sexo masculino. Com base em um estudo americano longitudinal, com 1.400 adolescentes, verificou-se que após três anos de acompanhamento, a omissão do café da manhã promoveu aumento do peso significativo entre as pessoas com o peso ideal, quando comparados com o grupo controle (aquelas que consumiam o café da manhã) (BERKEY et al., 2003).

Nota-se então, que entre os adolescentes, com predominância do sexo feminino, na tentativa de reduzir o valor calórico diário e perder peso, é comum a prática de omitir refeições, sobretudo o café da manhã o que sugere uma forma de insatisfação corporal. Todavia, esta prática inadequada no hábito alimentar, pode relacionar-se com, alterações do estado nutricional, levando ao efeito contrário do desejado, ou seja, aumentando o peso corporal, além da carência de nutrientes essenciais para um melhor rendimento ao longo do dia.

As relações do consumo de frutas, legumes e verduras, através da análise estatística, são apresentadas pelos Gráficos 12, 13 e 14, uma vez que, não foi possível observar diferença significativa em relação à prevalência de indicadores para o desenvolvimento de TA, (os valores encontrados de $p\text{-valor}$ foram: 0,613; 0,709 e 0,687, respectivamente), bem como, também não foi possível encontrar alguma referência na análise do consumo de frutas e hortaliças que fizesse a relação com a prevalência de EAT+. Hipoteticamente acreditava-se que estas variáveis estariam relacionadas, uma vez que, se a prevalência de EAT+ fosse considerável, o consumo dessas hortaliças e frutas poderia ser maior, pois com base na prática clínica da pesquisadora e partindo da premissa que atualmente a preocupação com o corpo é frequente na sociedade que almeja o “corpo perfeito” o consumo de frutas e verduras tornaria-se maior e mais frequente, visto que, esses alimentos, tendem a ser menos calóricos do que outros grupos alimentares o que, no entanto, colaboraria para a busca do corpo desejado.

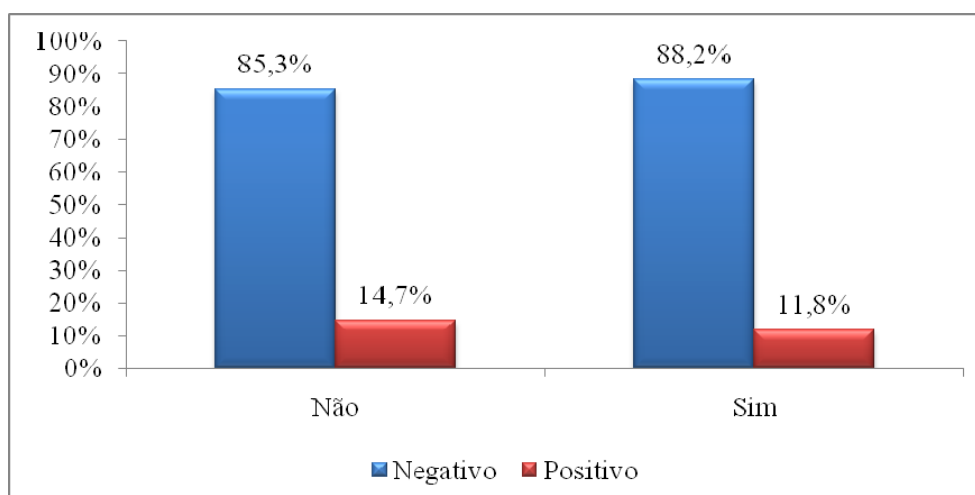


GRÁFICO 12 - Distribuição percentual da relação ao hábito de comer frutas e o EAT-26.

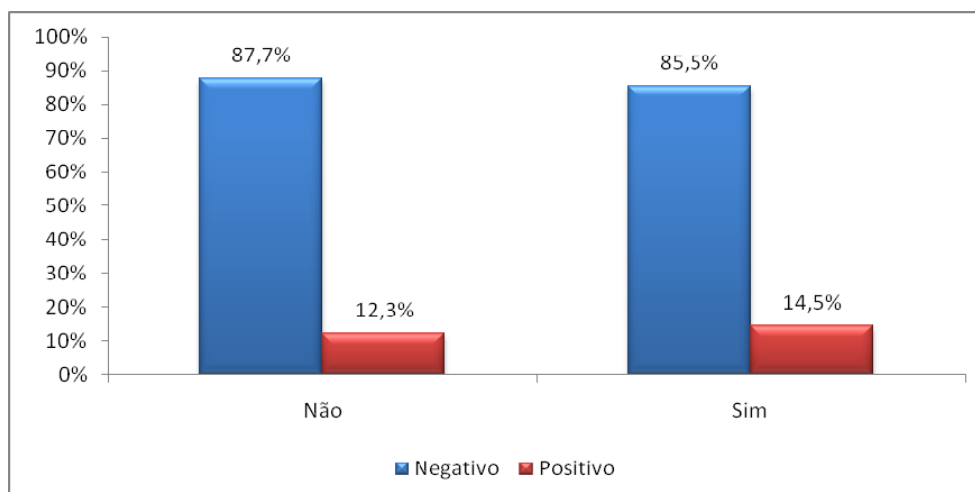


GRÁFICO 13 - Distribuição percentual da relação ao hábito de comer legumes e o EAT-26.

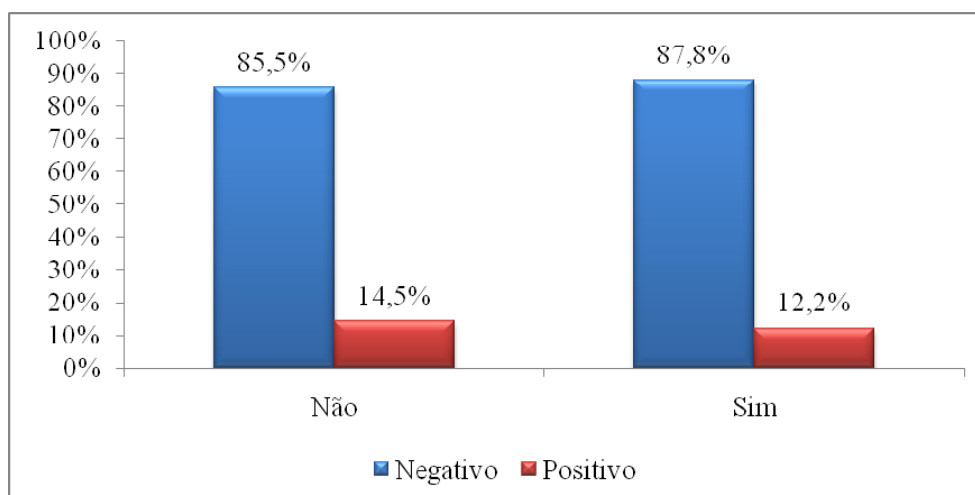


GRÁFICO 14 - Distribuição percentual da relação ao hábito de comer verduras e o EAT-26.

Na pesquisa de Toral et al. (2006), dentre os 79 adolescentes que acreditavam ter consumo saudável de frutas, somente 16, de fato, consumiam de forma adequada. Para o consumo de verduras, a amostra foi maior: 104 alunos. Porém, dos que afirmaram consumir estes alimentos de forma saudável, apenas 17 o faziam, ou seja, verificou-se que 79,7% e 83,7% da amostra estava errada ao acreditar que possuía hábitos alimentares adequados em relação ao consumo de frutas e verduras, respectivamente.

Oliveira e Fisberg (2000) relatam que a dieta de muitos adolescentes costuma ser pobre em fibras, vitaminas e minerais. O caso do cálcio é preocupante, pois o período em que se encontram, é associado à formação de massa óssea. O ferro é especialmente importante para as adolescentes, devido às perdas menstruais e, para os meninos, devido ao aumento da massa magra e volume sanguíneo. Corroborando a pesquisa, Silva, Cruz e Coelho (2008), ao analisarem o consumo de micronutrientes como a vitamina A, vitamina C, cálcio, ferro e zinco, menos de 50% das adolescentes atingiram a recomendação.

Há evidências de que a presença de fibra alimentar na dieta habitual de uma pessoa (presente nas frutas, vegetais, leguminosas e grãos integrais), atue na prevenção de doenças como a diverticulose, câncer de mama e cólon, doenças coronarianas e diabetes, além de promover efeito benéfico na redução do colesterol sanguíneo (CAROBA; SILVA, 2005; MACHADO; SANTIAGO, 2001). Vannuchi e Jordão Júnior (1998) ressaltam que as vitaminas, sobretudo as hidrossolúveis, são importantes para a manutenção, crescimento e funcionamento adequado do organismo, pois são compostos essenciais para a atuação em diversas etapas do metabolismo, sobretudo os processos dos carboidratos, lipídios, proteínas e ácidos nucleicos.

Há controvérsias na literatura científica quanto à melhor recomendação de frutas e verduras entre os sexos. Grunbaum et al. (2002), atribuem o maior consumo de frutas e verduras para os homens; já Stables et al. (2002), afirmam o mesmo para as mulheres. Na pesquisa de Toral, Slater e Silva (2007), cujo objetivo foi avaliar o comportamento alimentar e o estado nutricional de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, de escolas de ensino técnico de São Paulo, quanto ao seu consumo de frutas e verduras, detectou que, dentre os 234 alunos (21,8% sexo feminino e 78,2% do sexo masculino), houve diferença significativa entre o consumo de frutas de acordo com o sexo (p -valor=0,020). O mesmo não foi encontrado em relação ao consumo de verduras (p -valor=0,124), tendo maior prevalência no consumo destes alimentos o sexo feminino.

6 CONCLUSÃO

A preocupação e/ou insatisfação com o peso corporal e a adoção de comportamentos alimentares inadequados podem ser determinantes para o possível desenvolvimento de TA. Esta pesquisa foi desenvolvida tendo por objetivo identificar a prevalência de indicativos para o desenvolvimento de TA, em adolescentes de uma escola pública de Campo Grande, MS, analisando as relações com a insatisfação corporal e o comportamento alimentar da população pesquisada.

A amostra que foi objeto desta pesquisa descreveu uma realidade discordante do que inicialmente presumia-se. A prevalência de indicativos de TA foi muito pequena (13,2%) em relação aqueles alunos que não apresentaram estes indicativos (86,8%), bem como, não foi possível detectar diferença significativa entre o sexo feminino e o masculino, sendo o percentual encontrado de 14,5% e 11,7%, respectivamente ($p\text{-valor}=0,631$). Para tanto, foi possível observar um leve predomínio para o desenvolvimento desses transtornos, entre o sexo feminino, o que corroborou com grande parte da literatura científica utilizada nesta pesquisa.

Vale salientar que estes dados podem não ser de fato significativos, pois, conforme a pesquisadora, durante a coleta de dados, muitas vezes foi possível observar o pouco interesse da parte dos meninos em participar da pesquisa. Presume-se que seja pelo fato de que a coleta se deu durante as aulas de educação física, a qual era o momento em quem podiam jogar bola (já que nos dias da pesquisa, as atividades programadas durante a aula foram livres) e, como foi observado, muitos queriam apenas aferir o peso e a altura e não responder aos questionários pela demanda de tempo ser maior e, assim, acredita-se que muitos desses alunos aproveitaram o fato de os questionários serem de autopreenchimento e responderam sem dar a devida atenção a cada pergunta, pois a devolução era quase que instantânea. No entanto, o interesse entre as meninas foi nítido e muitas, após a entrega dos questionários, procuravam pela “resposta correta” de cada questão com a pesquisadora.

Contudo, um dado bastante relevante foi detectado através da relação entre o ano de estudo do adolescente, onde a maior prevalência de escores positivos ficou entre os alunos do 7º ano, no qual, teoricamente, estão os adolescentes mais novos ($p\text{-valor}=0,043$). Pode-se concluir, que idades mais novas podem estar mais vulneráveis a questões do TA bem como, utilizando-se de comportamentos alimentares inadequados cada vez mais cedo, influenciando assim, para o desenvolvimento destes TA.

Através da análise do IMC, observou-se que mais da metade (75%) dos alunos pesquisados apresentaram peso ideal. Ao fazer a relação com a prevalência de escores positivos na amostra pesquisada, observou-se uma maior prevalência (23,5%) entre aqueles que, através do IMC, foram considerados sem o peso ideal, observando-se então que, estes adolescentes estão mais propensos a desenvolverem algum tipo de TA.

A relação do EAT+ e a vergonha do corpo foi observada em 38,2% da amostra (p-valor= $<0,000$). O medo de engordar ou de ficar mais gordo(a), foi observado em 19,1% dos estudantes, os quais apresentaram indicativos para o desenvolvimento de TA (p-valor= $<0,005$). Quando os alunos foram questionados a respeito de como se sentiam atualmente, estando com o peso ideal ou não, observou-se diferença significativa (p-valor=0,008), pois a prevalência de escores positivos entre os alunos que não se sentiam com o peso ideal (22%) foi superior entre aqueles (6,5%) que se sentiam com o peso ideal, ou seja, notou-se que a percepção real de seu estado nutricional, foi determinante para o aumento no predomínio de indícios do desenvolvimento de TA. A insatisfação corporal foi observada entre a amostra pesquisada, por 49 adolescentes e destes, 26,5% apresentaram escore positivo (p-valor=0,001). Porém, a preocupação com o corpo e a busca por exercícios físicos não foi significativa (p-valor=0,323). Dentre os alunos que responderam afirmativamente que buscavam ter esta prática, 15,8% apresentaram EAT+, podendo-se concluir que a busca por exercícios físicos para controle e/ou perda de peso devido à preocupação com o corpo não foi determinante.

Ao realizar a análise das variáveis não contínuas a respeito do comportamento alimentar, observou-se que a busca por dietas (p-valor= $<0,001$) e o hábito de “pular refeições”(p-valor=0,010) oriundas da preocupação com a forma física, mostraram associação com o possível desenvolvimento de TA. Contudo, a análise do consumo de frutas, legumes e verduras não foi significativo (p-valor=0,613; p-valor=0,709; p-valor=0,687, respectivamente), contrariando a hipótese de que o consumo destes alimentos, teoricamente considerados hipocalóricos, estaria diretamente relacionado à prevalência de escores positivos, em busca de um “corpo perfeito”.

Os resultados obtidos através da análise das variáveis não contínuas, permitiram observar que as relações com o corpo podem ser mais decisivas para o desenvolvimento de alterações importantes do comportamento alimentar, ou seja, a insatisfação corporal pode ser realmente manifesta em seu desejo de perder peso através da adoção de práticas alimentares e de redução de peso corporal inadequadas.

Vale ressaltar que dietas inadequadas em períodos precoces da vida, como a adolescência, podem ser decisivas para o desenvolvimento futuro de enfermidades na vida adulta. Contudo, atualmente, a ideia de que basta ter uma alimentação equilibrada e realizar exercícios físicos frequentemente é possível para obtenção de um corpo saudável, as condições para que isso aconteça, de fato, nem sempre são reais para todas as pessoas, sobretudo para os adolescentes devido ao senso de invencibilidade e indestrutibilidade, dos mesmos.

Sendo assim, as informações obtidas nesta pesquisa são importantes para os profissionais da saúde, pois podem servir como norte para a realização de novos estudos na área, utilizando um maior número de participantes, de modo que seja possível alcançar resultados mais significativos e ao considerar o pouco interesse por parte dos alunos para participar da presente pesquisa, sugere-se como estratégia para novos estudos, a aplicação dos questionários em grupos com até 10 alunos, utilizando espaços mais reservados como a biblioteca ou espaços similares da escola e não a quadra de esportes, para estimular mais a atenção por parte dos adolescentes à pesquisa.

Sugere-se também que haja a devolutiva à escola, para que além de apresentar os resultados obtidos com a pesquisa, estabeleça trabalhos voltados para os adolescentes através de estratégias para a prevenção, como palestras e atividades de educação nutricional, que permitam identificar as concepções dessa população a respeito da imagem corporal, nessa realidade atual de culto ao corpo, identificando o perfil da alimentação do adolescente de forma minuciosa, o que poderá revelar comportamentos alimentares inadequados e, assim, buscar a detecção precoce dos TA, além de permitir a estruturação de hábitos saudáveis, maximizando as oportunidades desse adolescente vir a ser um adulto apto a manter tais costumes, orientando também os pais e professores dos adolescentes.

Vale ressaltar ainda, que para se obter resultados satisfatórios com o adolescente que necessita de atenção especializada, é preciso antes de tudo, motivá-lo a tratar-se, que este venha por vontade própria e não por imposição dos pais ou familiares, sendo necessário também que a abordagem do problema seja sistêmica, considerando vir de um sistema familiar que merece atenção e ajuda como um todo, para assim propor futuras abordagens buscando soluções coletivas e não individuais.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ALBANO, R. D.; SOUZA, S. B. Estado nutricional de adolescentes: “risco de sobrepeso” e “sobrepeso” em uma escola pública do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 941-947, 2001.

ALBUQUERQUE, M. F. M.; MONTEIRO, A. M.. Ingestão de alimentos e adequação de nutrientes no final da infância. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 15, n. 3, p. 291-299, 2002.

ALVARENGA, M.; DUNKER, K. L. L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. (Orgs.). *Transtornos alimentares*: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004. p. 131-148.

ALVES, E. et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 503-512, 2008.

AMORIM, P. R. S. et al. Sensibilidade e especificidade do índice de massa corporal na determinação da obesidade: um estudo em brasileiros de ambos os sexos. *Fitness e Performance*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 71-75, 2004.

ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 117-125, 2003.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-IV. Tradução de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ASSUMPÇÃO, C. L.; CABRAL, M. D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, p. 29-33, 2002. Suplemento 3.

ASSUNÇÃO, S. S. M.; CORDÁS, T. A.; ARAÚJO, L. A. S. B. Atividade física e transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 4-13, 2002.

AUGUSTO, A. L. P. A dieta no hospital e no ambulatório. In: AUGUSTO, A. L. P. et al. (Eds.). *Terapia nutricional*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 13-20.

AZEVEDO, A. M. C.; ABUCHAIM, A. L. G. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: NUNES, M. A. et al. (Orgs.). *Transtornos alimentares e obesidade*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 31-39.

BALLONE, G. J. *Transtornos alimentares na adolescência*. Psiqweb, 2003. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/alimentar/alimentar2.html>>. Acesso em: 14 fev. 2007.

BEE, H. A criança em desenvolvimento. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BERKEY, C. S. et al. Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, Hampshire, v. 27, n. 1, p. 258-66, 2003.

BOSI, M. L. M. et al. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 28-33, 2008.

BRAGA, P. D.; MOLINA, M. C. B.; CADE, N. V. Expectativas de adolescentes em relação a mudanças no perfil nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1.221-1.228, 2007.

BRAGGION, G. F.; MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R. Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Brasília, DF, v. 8, n. 1, p. 15-21, 2000.

BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRANCO, M. L. et al. A percepção corporal influencia no consumo do café da manhã de adolescentes? *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 9, n. 22, p. 15-21, 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução n. 334, de 10 de maio de 2004. Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista e dá outras providências. Nova redação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 15 maio 2004. Disponível em:

<http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/codigo/codigo%20de%20etica_nova%20redacao.pdf>. Acesso em: 20 set. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 set. 2008.

CAMPAGNA, V. N.; SOUZA, A. S. L. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 55, n. 124, p. 9-35, 2006.

CAMPOS, L. F. L. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. Campinas: Alínea, 2000.

CAROBA, D. C. R.; SILVA, M. V. Consumo alimentar de adolescentes matriculados na rede pública de ensino de Piracicaba – SP. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 12, n. 1, p. 55-66, 2005.

CHIODINI, J. S.; OLIVEIRA, M. R. M. Comportamento alimentar de adolescentes: aplicação do EAT-26 em uma escola pública. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 5, n. 9, 2003.

CONTI, M. A.; FRUTUOSO, M. F. P.; GAMBARDELLA, A. M. D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n. 4, p. 491-497, 2005.

CORDÁS, T. A.; SEGAL, A. Bulimia nervosa I: aspectos clínicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, p. S20-S24, 1995. Suplemento.

CORSEUIL, M. W. et al. Prevalência de insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a inadequação nutricional em adolescentes. *Revista da Educação Física*, Maringá, v. 20, n. 1, p. 25-31, 2009.

- COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CUADRADO, C.; CARBAJAL, A.; MOREIRAS, O. Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, Southampton, v. 54, p. S65-S68, 2000. Supplement.
- DAVIS, C. et al. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychological Medicine*, London, v. 24, n. 4, p. 957-967, 1994.
- DEVLIN, B. et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Human Molecular Genetics*, Oxford, v. 11, n. 6, p. 689-696, 2002.
- DIAS, S. A inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000. Não paginado. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2009.
- DIETZ, W. H. Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *The Journal of Nutrition*, Bethesda, v. 128, p. 411S-414S, 1998. Suplemento 2.
- DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, p. 49-53, 2004. Suplemento 3.
- DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescents com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003.
- ERLING, A.; HWANG, C. P. Body-esteem in Swedish 10-year-old children. *Perceptual and Motor Skills*, Louisville, v. 99, n. 2, p. 437-444, 2004.
- FAUCI, A. S. et al. *Harrison medicina interna*. 14. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. 2 v.
- FIATES, G. M. R.; SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 14, p. 3-6, 2001. Suplemento.
- FISBERG, M. et al. Hábitos alimentares na adolescência. *Pediatrics Moderna*, São Paulo, v. 36, n. 11, p. 724-34, 2000. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=203>. Acesso em: 12 jan. 2008.
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: Aan index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, London, v. 9, n. 24, p. 273-279, 1979.
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E.; OLMSTEAD, M. An overview of sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. In: DARBY, P. L. et al. (Eds.). *Anorexia nervosa: Recent development in research*. New York: Alan R. Liss, 1983. p. 65-82.

GIETZEN, D. W. Neural mechanisms in the responses to amino acid deficiency. *The Journal of Nutrition*, Philadelphia, v. 123, n. 4, p. 610-625, 1993.

GRUNBAUM, J. O. et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2001. CDC Surveillance Summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 51, p. 1-68, 2002. Supplement 4. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5104a1.htm>>. Acesso em: 12 set. 2008.

HALFORD, J. C. G.; COOPER, G. D.; DOVEY, T. M. The pharmacology of human appetite expression. *Current Drug Targets*, Hilversum, v. 5, n. 3, p. 221-240, 2004.

HEALTH, G. W. et al. Physical activity patterns in american high school students. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Chicago, v. 148, p. n. 11, 1.131-1.136, 1994.

HOEK, H. W.; HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal Eating Disorders*, New York, v. 34, n. 4, p. 383-396, 2003.

JANKAUSKIENE, R.; KARDELIS, K. Body image and weight reduction attempts among adolescent girls involved in physical activity. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, Kaunas, v. 41, n. 9, p. 796-801, 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.; GREEB, J. A. Transtornos alimentares. In: _____. (Orgs.). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. p. 648-656.

KEHL, M. R. A violência do imaginário. In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. S. F. (Orgs.). *Mentes e mídia: diálogos interdisciplinares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. v. 2, p. 45-60.

KUCZINSKI, E. Evolução puberal. In: ASSUNÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZINSKI, E. (Orgs.). *Adolescência normal e patológica*. São Paulo: Lemos, 1998. p. 25-32.

LAZZOLI, J. K. et al. Atividade física e saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-3, 1998.

MACHADO, F. M. S.; SANTIAGO, V. R. O papel das frutas e hortaliças na nutrição humana. In: TORRES, E. A. F. S.; MACHADO, F. M. S. (Orgs.). *Alimentos em questão: uma abordagem técnica para as dúvidas mais comuns*. São Paulo: Ponto Crítico, 2001. p. 9-22.

MARCONDES, J. A. M. Dietas: modismo ou saúde? In: CORDÁS, T. A.; VALLIM JÚNIOR, A. R. (Coords.). *Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade*. São Paulo: Maltese, 1993. p. 63-74.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MELLOR, D. et al. Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body Image*, Amsterdam, v. 5, n. 2, p. 205-215, 2008.

MONTEIRO, J. B.; HERMSDORFF, H. H. M. Atenção nutricional na obesidade e diabetes. *Revista Mineira de Educação Física*, Viçosa, v. 12, n. 2, p. 28-38, 2004.

MORESCHI, E. *Prevalência de anorexia nervosa em adolescentes da 8ª série de uma escola particular em Cascavel – PR*. 2007. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2007. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/graduacao/nutricao/resumos2007/Emanoeli%20Moreschi.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

NICKLAS, T. A. et al. Eating patterns, dietary quality and obesity. *Journal of the American College of Nutrition*, New York, v. 20, p. 599-608, 2001.

NUNES, M. A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-10, 1994.

NUNES, M. A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-27, 2001.

OLIVA, C. A. G.; FAGUNDES, U. Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na Prática Médica*, São Paulo, v. 34, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atul_06.htm>. Acesso em: 12 mar. 2009.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabolismo*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003.

OLIVEIRA, E. A. J.; VITALLE, M. S. S.; AMÂNCIO, O. M. S. Estado nutricional no estirão pubertário. *Brazilian Pediatric News*, São Paulo, v. 3, n. 3, 2002. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br/set2002/estirao.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento- CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OSORIO, L. C. *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PAXTON, S. J. Current issues in eating disorders research. *Journal of Psychosomatic Research*, Oxford, v. 44, n. 34, p. 297-299, 1998.

PAXTON, S. J. et al. Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, New York, v. 20, n. 10, p. 361-377, 1991.

PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 232-235, 2006.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004.

REES, J. M. Controle do peso e distúrbios alimentares. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. (Orgs.). *Krause – alimentos, nutrição e dietoterapia*. 9. ed. São Paulo: Roca, 1998. p. 465-503.

RODRIGUÉZ, A. et al. Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Adolescent Health*, New York, v. 28, n. 4, p. 338-345, 2001.

RODRIGUEZ, A. et al. Eg disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Youth and Adolescence*, New York, v. 28, n. 4, p. 338-345, 2001.

ROSA, L. L. B. et al. Perfil nutricional de adolescentes que frequentam uma escola para modelos da cidade de Maringá. *Nutrição Brasil*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 23-30, 2008.

RUFFINO, R. Sobre o lugar da adolescência na teoria do sujeito. In: RAPPAPORT, C. R. (Org.). *Adolescência: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: EPU, 1993. p. 25-53.

RUSSELL, C. J.; KEEL, P. K. Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *The International Journal of Eating Disorders*, New York, v. 31, n. 3, p. 300-306, 2002.

RUSSELL, G. F. M. Bulimia nervosa: On ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, London, v. 9, n. 3, p. 429-448, 1979.

RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, v. 5, n. 6, p. 80-90, 2005.

SAIKALI, C. J. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SALLES, C. A. et al. Sintomas de transtornos alimentares e sua relação com o consumo alimentar em modelos adolescentes. *Nutrição em Pauta*, São Paulo, ano 8, n. 75, p. 26-31, 2005.

SAMPAIO, D. Doenças do comportamento alimentar. In: CORDEIRO, J. C. D. (Ed.). *Manual de psiquiatria clínica*. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. p. 379-393.

SAMPEI, M. A. *Antropometria e composição corporal em adolescentes nipônica e não nipônicas da rede escolar privada de São Paulo: comparação étnica e análise de distúrbios alimentares, imagem corporal e atividade física*. 2001. 280 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

SANO, A. et al. Study on factors of body image in Japanese and Vietnamese adolescents. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*, Tokyo, v. 54, n. 2, p. 169-175, 2008.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, S274-S284, 2000. Suplemento 3.

SILVA, A. B. B. *Mentes insaciáveis: anorexia, bulimia e compulsão alimentar*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

SILVA, D. O.; RECINE, E. G. I. G.; QUEIROZ, E. F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1.367-1.377, 2002.

SILVA, G. R.; CRUZ, N. R.; COELHO, E. J. B. Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede publica no município de Ipatinga, MG. *Revista Digital de Nutrição*, Ipatinga, v. 2, n. 3, 2008. Disponível em:

<http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_4_rng_perfil_nutricional.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2009.

SPEAR, B. A nutrição na adolescência. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. (Orgs.). *Krause – alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. cap. 11, p. 247-260.

STABLES, G. J. et al. Changes in vegetable and fruit consumption and awareness among US adults: Results of the 1991 and 1997 5 A day for better health program surveys. *Journal of the American Dietetic Association*, Chicago, v. 102, n. 6, p. 809-817, 2002.

TEIXEIRA, M. J. *Fome de vida: vivências e percepções de mulheres obesas portadoras do transtorno da compulsão alimentar periódica*. 2003. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

THOMPSON, J. K. Body image, eating disorders, and obesity: An emerging synthesis. In: _____. (Eds.). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 1996. p. 1-20.

TORAL, N. et al. Avaliação do comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 3, p. 331-340, 2006.

TORAL, N.; SLATER, B.; SILVA, M. V. Consumo alimentar e excesso de peso de adolescentes de Piracicaba, São Paulo. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 5, p. 449-459, 2007.

TORO, J. et al. Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating and Weight Disorders: EWD*, Milano, v. 10, n. 2, p. 91-97, 2005.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 119-128, 2007.

_____. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 541-547, 2005.

TROYSE, E. R. Impacto de la figura corporal en el desarrollo psicosocial del niño y el adolescente. *Revista Mexicana de Pediatría*, Mexico, v. 64, n. 3, p. 128-131, 1997.

VANNUCHI, H.; JORDÃO JÚNIOR, A. A. Vitaminas hidrossolúveis. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. (Orgs.). *Ciências nutricionais: aprendendo a aprender*. São Paulo. Sarvier, 1998. cap. 11, p. 191-207.

VILELA, J. E. M. et al. Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

VITOLO, M. R. *Nutrição: da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: The use and interpretations of anthropometry*. Geneva, 1995. (Technical Report, 854). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2009.

APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Peso: Altura:

- 1) Sexo:
[] feminino [] masculino
- 2) Idade:
- 3) Ano/turma:
- 4) Período:
[] matutino [] vespertino
- 5) Pratica exercício físico?
[] não
[] sim Qual(is):
Frequência/tempo:
- 6) Você tem vergonha do seu corpo?
[] sim [] não
- 7) A preocupação com seu corpo lhe faz buscar exercícios físicos?
[] sim [] não
- 8) A preocupação com seu físico te leva a achar que deveria fazer dieta?
[] sim [] não
- 9) Você tem medo de engordar ou de ficar mais gordo(a)?
[] sim [] não
- 10) Atualmente, como você se sente?
[] abaixo do peso [] com o peso ideal
[] com sobrepeso [] obeso
- 11) Você se sente insatisfeito(a) com teu corpo?
[] sim [] não
- 12) Ao sentir-se insatisfeito (a) com seu corpo, você tem o hábito de “pular refeições”, como uma forma para a perda de peso? (por exemplo: prefere não tomar café da manhã; prefere não jantar)
[] sim [] não
- 13) Você tem o hábito de comer frutas todos os dias?
[] sim [] não
- 14) Você tem o hábito de comer legumes todos os dias?
[] sim [] não
- 15) Você tem o hábito de comer verduras todos os dias?
[] Sim [] Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Pai e/ou Responsável:

Eu, Joanne Coelho Minzon, gostaria de contar com a sua colaboração para a realização da pesquisa de mestrado: “PREVALÊNCIA DE FATORES INDICATIVOS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR ENTRE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE CAMPO GRANDE - MS”, onde será realizada a aferição do peso e altura (para posteriormente realizar a classificação do estado nutricional) e a entrega de 2 (dois) questionários ao aluno participante, tendo como objetivo da pesquisa: verificar as atitudes alimentares, fatores indicativos de transtornos alimentares e a satisfação corporal dos adolescentes de 12 a 14 anos da Escola Danda Nunes em Campo Grande, MS.

Considerando as informações constantes dos itens acima, consinto de modo livre e esclarecido, o (a) meu (minha) filho (a) participar da presente pesquisa, sabendo que:

- 1 – A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro;
- 2 – É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 3 – Meu (minha) filho (a) não será identificado (a) pelo nome;
- 4 – Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em dissertação de mestrado, artigos científicos ou em ventos científicos;
- 5 – A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB);
- 6 – O presente termo está assinado por mim, responsável pelo aluno (a).

Campo Grande, de de

.....
Nome do participante da pesquisa

..... RG: SSP
Nome, assinatura e RG do responsável pelo participante

.....
Pesquisadora
Joanne Coelho Minzon
e-mail: joanne_minzon@hotmail.com
(67) 9612-4751

.....
Orientador
Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza
e-mail: josecarlossouza@uol.com.br

ANEXO A – Autorizações para realização da pesquisa

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB



Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

Campo Grande, 20 de novembro de 2008.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Prevalência de fatores indicativos de transtornos alimentares e a satisfação corporal entre adolescentes de escola pública de Campo Grande/MS”** sob a responsabilidade de **Joanne Coelho Minzon** e orientação do **Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza**, protocolo nº 042/2008B, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.

Susana Elisa Moreno

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMS

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 762 do Pesquisador José Carlos Rosa Pires de Souza intitulado "Anorexia e bulimia nervosa em universitárias", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião Ordinária no dia 29 de maio de 2006, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.



Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 30 de maio de 2006.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
hinetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

ANEXO B - Instrumento de coleta de dados

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES

EATing Attitude Test – EAT-26

Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às Vezes	Raramente	Nunca	
()	()	()	()	()	()	1. Costumo fazer dieta.
()	()	()	()	()	()	2. Como alimentos dietéticos.
()	()	()	()	()	()	3. Sinto-me mal após comer doces.
()	()	()	()	()	()	4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.
()	()	()	()	()	()	5. Evito alimentos que contenham açúcar.
()	()	()	()	()	()	6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).
()	()	()	()	()	()	7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).
()	()	()	()	()	()	8. Gosto de estar com o estômago vazio.
()	()	()	()	()	()	9. Quando faço exercícios, penso em queimar calorias.
()	()	()	()	()	()	10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.
()	()	()	()	()	()	11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.
()	()	()	()	()	()	12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.
()	()	()	()	()	()	13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.
()	()	()	()	()	()	14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.
()	()	()	()	()	()	15. Vomito depois de comer.
()	()	()	()	()	()	16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.
()	()	()	()	()	()	17. Passo muito tempo pensando em comida.
()	()	()	()	()	()	18. Considero-me uma pessoa preocupada com a comida.
()	()	()	()	()	()	19. Sinto que a comida controla a minha vida.
()	()	()	()	()	()	20. Corto minha comida em pedaços pequenos.
()	()	()	()	()	()	21. Levo mais tempo que os outros para comer.
()	()	()	()	()	()	22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.
()	()	()	()	()	()	23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.
()	()	()	()	()	()	24. Sinto que os outros me pressionam para comer.
()	()	()	()	()	()	25. Evito comer quando estou com fome.
()	()	()	()	()	()	26. Demonstro autocontrole em relação à comida.