

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ANDRESSA CARVALHO NETTO SANT'ANNA

TRANSTORNO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA

VITÓRIA

2014

ANDRESSA CARVALHO NETTO SANT'ANNA

TRANSTORNO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título
de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Professora Luciene Rabelo Pereira.

VITÓRIA

2014

ANDRESSA CARVALHO NETTO SANT'ANNA

TRANSTORNO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em 07 de Julho de 2014, por:

Prof. Luciene Rabelo Pereira, FCSES- Orientadora

Prof. Paula Regina Lemos de Almeida Campos, FCSES

Esp. Danielly Serrano Rocha

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado e adorado Deus que me capacitou a realizar este sonho dando-me forças e vontade de viver. Obrigada Senhor.

Aos meus pais que me auxiliaram em todos os momentos me levantando em momentos de queda, acreditando nos meus sonhos e sonhando juntamente comigo. Obrigada mãe e pai, amo vocês!

Ao meu amigo e esposo André que me apoiou em todos os instantes, tendo paciência, carinho, amor. Obrigada por estar ao meu lado e fazer da vida cada dia mais feliz, te amo.

Aos meus professores pelos conceitos de vida passados e tantas experiências que levaremos para nossos filhos. A minha orientadora Luciene Rabelo Pereira que sempre com sabedoria, carinho e paciência, me auxiliou ao melhor neste trabalho.

Agradeço aos meus amigos e irmãos pela compreensão nas horas de estudo, quando não deu pra sair, e nem para viajar. E pela força que nunca faltou nas horas difíceis em especial minha amiga e irmã Zi, pois quero levar nossa amizade sempre em meu coração.

As amizades que conquistei durante estes anos de convivência irão permanecer em nossas lembranças para expressar o carinho. As conversas, as risadas, os estresses, os trabalhos, as dietas, tantas lembranças que com certeza nos fez pessoas melhores. Obrigada Camila de Oliveira, Jacira Santos, Levimeire, Susane, Josiane Lopes, Winnie Anne, Adriana.

“Porque para Deus nada
é impossível”(Lc 1:37).

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de adolescentes do sexo feminino de uma escola estadual no Município de Vila Velha – ES, e verificar a existência de comportamentos alimentares de risco para transtornos alimentares. **Metodologia:** Foi verificado o peso (Kg) e altura (m) para o cálculo do IMC para adolescentes para a avaliação nutricional adequada, e um questionário EAT-26 (Eating Attitudes Test) foi aplicado às adolescentes possuindo um ponto de corte igual ou maior que 20 pontos. Na somatória dos questionários obteve para cada adolescente um total de pontos (igual ou maior que 20), colocando assim as mesmas em situação de risco para transtornos alimentares. Foram utilizadas as curvas de crescimento para adolescentes e comparadas com os pontos de corte IMC por idade e altura por idade, segundo SISVAN (2008). **Resultados:** As adolescentes apresentaram IMC/I em sua maioria com 66% (n=33) classificadas como adequado, 14% (n=7) como sobrepeso e 20% (n=10) em obesidade. Não encontrando no presente trabalho nenhuma com baixo peso para idade. 100% das adolescentes estavam com altura adequada para idade. A média do IMC foi de 23,30, com o mínimo de 16,6 e máximo de 35,2. A idade média da amostra foi de 16,26 sendo, portanto de adolescentes. O resultado do instrumento EAT-26 aplicado em adolescentes foi de 38% (n=19) com escore acima de 20 pontos, classificando como comportamento alimentar de risco para transtorno alimentar. E 62% (n=31) com escore abaixo de 20 pontos, não apresentando riscos para transtorno alimentar. **Conclusão:** Diante de tal estudo e seus resultados, conclui-se que os distúrbios alimentares estão crescendo e afetando principalmente adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens, por estarem mais vulneráveis e expostas a tendências e modismo impostos pela sociedade. Ressaltando a importância do profissional nutricionista com uma abordagem adequada e tratamento específico na melhora do quadro e qualidade de vida do acometido.

Palavras- chave: Adolescentes. Transtornos Alimentares. Alimentação.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the nutritional status of adolescent girls from a state school in the municipality of Vila Velha - ES, and verify the existence of rich eating behaviors for eating disorders. **Methodology:** weight (kg) and height (m) to calculate BMI for adolescents to adequate nutritional assessment, and a questionnaire EAT- 26 (Eating Attitudes Test) was applied to adolescents was found having a cutoff equal to or greater 20 points. In summation of the questionnaires obtained for each teen a point total (equal to or greater than 20), thus placing the same at risk for eating disorders. Growth curves for adolescents were used and compared with BMI cutoffs for age and height for age, according SISVAN (2008). **Results:** The adolescents had BMI / A mostly with 66 % (n = 33) were classified as appropriate, 14 % (n = 7) were overweight and 20 % (n = 10) obesity. Not finding in the present study none with low weight for age. 100 % of the adolescents wore appropriate height for age. The mean BMI was 23.30, with a minimum of 16.6 and 35.2 Maximum. The mean age of the sample was 16.26 being therefore of adolescents. The result of the EAT -26 instrument applied in adolescents was 38 % (n = 19) with scores above 20 points, ranking with food risk behavior for eating disorder. And 62 % (n = 31) scored below 20 points, with no significant risks to eating disorder. **Conclusion:** In the face of such a study and its results, we conclude that eating disorders are growing and affecting mainly teenage girls and young women because they are more vulnerable and exposed to trends and fad imposed by society. Underscoring the importance of professional nutritionist with a proper approach and specific treatment in the improvement of the condition and quality of life of the affected.

Keywords: Adolescents. Eating Disorders. Food.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de freqüências segundo idade das adolescentes-----	55
Tabela 2- Distribuição de freqüências segundo IMC/I das adolescentes-----	56
Tabela 3- Estatísticas Descritivas para as variáveis Idade e IMC-----	57
Tabela 4- Distribuição de freqüências segundo a pontuação do EAT-26-----	58
Tabela 5- Freqüência e proporção de ocorrência de respostas as questões relativas aos itens que focalizam o Teste de Atitudes Alimentares- EAT- 26----	61
Tabela 6- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Sintome mal após comer doces”-----	64
Tabela 7- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Evito alimentos que contenham açúcar”-----	65
Tabela 8- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Estou preocupado (a) com o desejo de se mais magro (a)”-----	66
Tabela 9- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Gosto de estar com o estomago vazio”-----	67
Tabela 10- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Sintome extremamente culpado (a) depois de comer”-----	68
Tabela 11- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Tenho vontade de vomitar após as refeições”-----	69
Tabela 12- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Vomito depois de comer”-----	69
Tabela 13- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Sintome que a comida controla a minha vida”-----	70

Tabela 14- Distribuições de frequências observadas, segundo IMC/I e
“Demonstro autocontrole em relação à comida”-----

LISTA DE SIGLAS

TA- Transtorno Alimentar

AN- Anorexia Nervosa

BN- Bulimia Nervosa

EAT- Eating Attitudes Test

BITE- Bulimic Investigatory Test Edinburgh

IMC- Índice de Massa Corporal

DSM- IV- Manual de Diagnóstico e Estatístico na Quarta Edição

APA- American Psychiatric Association

ES- Espírito Santo

EUA- Estados Unidos da América

OMS- Organização Mundial de Saúde

BPM- Batimento Por Minuto

Kcal- Caloria

TCLE= Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

RGE- Refluxo Gastroesofágico

DM- Diabetes mellitus

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO -----	27
2.1 CONCEITOS-----	27
2.1.1 Anorexia nervosa -----	28
2.1.2 Bulimia nervosa-----	32
2.2 EPIDEMIOLOGIA-----	36
2.2.1 Grupos de risco -----	38
2.3 SINTOMAS E COMPLICAÇÕES-----	41
3 METODOLOGIA -----	49
3.1 DELIAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA-----	49
3.1.1 Coleta de dados -----	49
3.1.2 Instrumento de coleta de dados-----	49
3.2 ASPECTOS ÉTICOS-----	52
3.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS-----	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA -----	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	73
REFERÊNCIAS -----	75
APÊNDICE A -----	85
ANEXO A -----	87

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase onde várias mudanças importantes acontecem no desenvolvimento do indivíduo, tanto no aspecto físico, quanto no aspecto psicológico. Um mundo novo se descobre com as transformações vivenciadas, podendo gerar uma insatisfação com a forma física (SILVA; CRUZ; COELHO, 2008).

A insatisfação da imagem corporal poderá levar o indivíduo a desenvolver hábitos irregulares, tais como: dietas restritivas para perda de peso, exercícios físicos desgastantes, preocupação exagerada com alimentos e seu valor calórico, e o medo de engordar. Para os adolescentes a opinião dos amigos é de grande importância sobre a aparência, levando-os a praticar medidas inadequadas para se adequar e apresentar um corpo magro, imposto pelos modismos (BRAGGION; MATSUDO; MATSUDO, 2000).

Transtornos alimentares são quadros clínicos associados aos tempos modernos voltados para a preocupação com o alimento, corpo e peso. Sendo mais comum no sexo feminino, principalmente em adolescentes com maior prevalência em países industrializados. A crescente valorização ao corpo perfeito e aumento do setor de beleza e estética com investimentos em cosméticos e cirurgias plásticas influenciam a busca pela magreza. Porém, nos últimos anos notou-se a incidência em indivíduos do sexo masculino e passou-se a voltar mais a atenção a esse público (PENZ; BOSCO; VIEIRA, 2008).

Dentre os distúrbios da alimentação, a AN e a BN são os mais comuns. A primeira é caracterizada com uma alimentação rígida e drástica e escolhida para perda de peso sem limites, com um medo mórbido de ganho de tornar-se gordo, podendo iniciar-se na adolescência, onde mudanças com a forma física estão em evidência acarretando um descontentamento com a forma física (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Na AN, o peso corporal é mantido a baixo de 85% do adequado para altura e idade, restringindo os alimentos calóricos que possam trazer ganho de peso e a prática de procedimentos de purgação é percebida (OLIVEIRA et al., 2003). Com o início da restrição calórica, o anoréxico se sujeita a períodos longos de jejum para perda de peso, uso de inibidores de apetite, laxantes, diuréticos e exercícios físicos

desgastantes. A interrupção do ciclo menstrual pode estar presente levando a um sinal importante da anorexia (GONÇALVES et al., 2008).

O indivíduo com AN pode apresentar complicações importantes associadas à desnutrição como comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrintestinal, infertilidade e hipotermia (GONÇALVES et al., 2008). Já a BN nervosa caracteriza-se por casos de consumo de alimentos em grandes quantidades de maneira irreprimível, seguidos por algum procedimento purgativo como: vômitos provocados, o uso de laxantes e/ou diuréticos, prática de exercícios físicos desgastantes, dietas restritivas e inanição prolongada, para que os alimentos consumidos em excesso não sejam absorvidos e o ganho de peso não seja efetivado. É encontrado também o medo doentio de engordar, se difere da anorexia, mantendo o peso corporal normal ou em leve sobrepeso, não levando ao estado nutricional seriamente depletado como visto na anorexia podendo assim, esconder a doença por longos períodos, principalmente daqueles que estão em convívio diário (OLIVEIRA et al., 2003).

A compulsão alimentar, característica da bulimia, acontece quando a dieta auto-imposta, rigorosa e extrema é quebrada pelo consumo de alimentos extremamente calóricos como sorvetes, biscoitos recheados, balas, salgadinhos e perde-se o controle da situação gerando sentimentos de incapacidade, e a punição vem com os vômitos provocados para que se obtenha uma falsa sensação de alívio imediato (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004).

O comportamento na BN apresenta como principais complicações distúrbios eletrolíticos, irritação, sangramento gástrico e esofágico, anormalidades intestinais, erosão do esmalte dental e aumento das parótidas (VILELA et al., 2004).

A literatura demonstra que a incidência de casos de TA dobrou nos últimos vinte anos, principalmente voltados para AN em adolescentes. Nos Estados Unidos é considerada a terceira doença crônica em adolescentes, depois da obesidade e da asma. A sensualidade feminina está envolvida em um dos possíveis fatores para o aumento da incidência da anorexia, uma vez que a sociedade valoriza a magreza das mulheres associando assim ao sucesso e felicidade (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Os TA's possuem características severas no comportamento alimentar, seus diagnósticos são fundados pela Organização Mundial de Saúde, no Código

Internacional de Doenças (CID-10), e pela Associação de Pesquisa Americana, no Manual de Estatísticas de Doenças Mentais (DSM- IV) (LEAL et al., 2012).

De acordo com a American Psychiatric Association, a AN varia sua prevalência de 0,3 a 3,7%, e a bulimia nervosa apresenta uma prevalência de 1,1 a 4% sendo na população jovem do sexo feminino. O sexo masculino também apresenta casos da doença, porém em 10% dos casos somente (MENDONÇA; MAGALHÃES, 2005).

De fato, pesquisas mostram que acomete nove vezes mais as mulheres que os homens, com maior frequência principalmente na adolescência, ocorrendo insatisfação com a forma física, ganho de peso na faixa etária entre 12-16 anos de idade. Devido às várias mudanças fisiológicas nesta fase da vida, o acúmulo de gordura geralmente nas mulheres é maior, podendo chegar a 27% de gordura aos 16 anos (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Dos fatores socioculturais, a mídia destaca-se pelo mundo da moda, onde é transmitida uma imagem às adolescentes de um corpo esbelto, sem curvas, esquelético bem diferente das características da mulher brasileira, onde as adolescentes passam a desejar as medidas e estilo de vida das modelos e manequins de revistas de outros países que tem estilos de vida diferentes. A procura por dietas que estão em alta e a busca para perder peso passa a ser uma obsessão podendo levar a TA. O medo de engordar acontece de maneira doentia e tudo que envolve alimentação passa a ser controlado rigorosamente, levando ao emagrecimento extremo, com uma dieta rígida e imposta (PENTEADO et al., 2012).

O nível da qualidade de vida nos indivíduos com transtornos alimentares é menor quando comparada aos indivíduos que não apresentam tal distúrbio. Quando comparado a outros distúrbios psiquiátricos, como exemplo a esquizofrenia, apresentam uma qualidade de vida igual ou pior, e com portadores de ansiedade a qualidade de vida é pior nos indivíduos com transtornos alimentares. Sendo de extrema importância o auxílio da família e principalmente dos pais na percepção de atitudes que levam a algum tipo de transtorno em adolescentes e até mesmo em crianças (SILVA, 2012).

É de grande importância no tratamento dos distúrbios alimentares, a participação de uma equipe multiprofissional, levando em consideração que um diagnóstico precoce

possibilita um tratamento e prevenção mais eficientes, ressaltando ainda a participação do profissional nutricionista nesta equipe garantindo um adequado tratamento nutricional que só será possível através deste profissional (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O tratamento nutricional consiste na aferição de medidas antropométricas dos pacientes como, peso, altura, dobras e circunferências. Compreender restrições alimentares, crenças alimentares errôneas e a relação feita com os alimentos para adquirir a idealizada perda de peso. O nutricionista deverá ter conhecimentos voltados para psicologia, psiquiatria e das técnicas da terapia cognitivo comportamental, criando um laço com o paciente, de maneira empática, colaborativa e prestativa (LATTERZA et al., 2004).

Instrumentos exclusivos para rastrear os TA's têm sido usados, devido ao aumento de casos na população, gerando assim métodos de intervenção e prevenção adequados. Os testes auto-aplicáveis são de fácil acesso, baixo custo, de fácil administração, indicados para detectar possíveis transtornos alimentares em adolescentes e adultos. Sua aplicação proporciona que os participantes fiquem à vontade em responder as perguntas, uma vez que em entrevista poderia gerar um constrangimento pelas atitudes inadequadas reveladas (PENZ; BOSCO; VIEIRA, 2008).

O presente estudo proporciona no campo da ciência uma contribuição com o uso do instrumento escolhido para analisar atitudes alimentares de risco, o questionário auto- aplicável EAT-26 (*Eating Attitudes Test*), sendo de fácil uso, baixo custo e eficaz. O instrumento demonstra atitudes alimentares anormais e indica o grau de preocupação comum em indivíduos com transtornos alimentares, tais como: perda de peso através da alimentação rígida e auto- imposta e o medo de engordar. O teste aplicado isoladamente não faz diagnóstico de transtornos alimentares, porém identifica possíveis novos casos, podendo avaliar a gravidade de sintomas alimentares de risco (PENZ; BOSCO; VIEIRA, 2008).

A atual pesquisa tem como objetivo analisar as atitudes alimentares de adolescentes do sexo feminino entre 16 e 17 anos, alunas de uma instituição pública no Município de Vila Velha- ES. Relacionar o estado nutricional com a existência de comportamentos alimentares de risco para transtornos alimentares.

A importância de estudar transtornos alimentares na adolescência é devido ao aumento de casos nessa fase da vida, principalmente no sexo feminino, pois a preocupação com a imagem corporal e práticas inadequadas com a alimentação, vem sendo mais evidenciadas neste grupo, uma vez estabelecida à insatisfação corporal, e o medo da obesidade vindo a comprometer o desenvolvimento físico, mental e social dos indivíduos que apresentam distúrbios alimentares. Conhecendo o distúrbio da alimentação e suas complicações, no ambiente escolar facilita a percepção de novos casos através dos pedagogos, pais e sociedade que estão diretamente em contato com a população de risco (XIMENES et al., 2011).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITOS

Os transtornos alimentares são considerados como síndromes psicossomáticas e tem sua maior prevalência em jovens adolescentes, apresentam como principais patologias a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (SILVA et al., 2006).

Os pacientes relatam que a gênese do quadro acontece depois de uma situação estressante relacionados ao seu aumento de peso, término de relacionamento, ou perda de familiares. Com isso o indivíduo começa a viver exclusivamente em função de dietas para perda de peso, da forma física, de exercícios físicos exagerados, de valor nutricional dos alimentos e do medo patológico de engordar. Somados a esses indivíduos mudanças nos traços de personalidade preocupações excessivas e cautela em excesso, dificuldades em adaptar-se a mudanças e alta sensibilidade (BORGES et al., 2006).

A preocupação exagerada com os alimentos gera uma mudança no hábito alimentar desses pacientes passando assim a observar e controlar as calorias consumidas de maneira compulsiva. Confirmando o medo da obesidade e o objetivo de emagrecimento é cada vez mais real, tendo uma restrição alimentar imposta pelo próprio doente e rígida, seguida de atividade física extenuante não percebida pelos familiares na maioria dos casos. Alimentos como carboidratos simples e gorduras saturadas tornam-se proibidos e restritos acentuando a perda de peso drasticamente, prejudicando a saúde do indivíduo e levando a importantes perdas de vitaminas e nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento (ALVES et al., 2008).

Na atual sociedade têm-se um modelo de beleza que é definido por um corpo magro desconsiderando a saúde e as diferenças nos aspectos físicos de cada indivíduo. A distorção da beleza ora imposta, faz com que cada vez mais especialmente as mulheres se submetam a dietas para perda de peso, com o uso abusivo de laxantes, diuréticos e inibidores de apetite sem orientação médica. Essas medidas adotadas pelo grupo de mulheres jovens e adolescentes expõem o mesmo perigos, podendo

propiciar TA por estarem mais propensas a comportamentos inadequados voltados a erros alimentares (GAUDIOSO, 2009).

2.1.1 Anorexia nervosa

O termo anorexia nervosa (AN) procede do grego “*na*” deficiência ou ausência de, e “*orexis*” apetite, que expressa repugnância ao alimento, falta de apetite, ausência de fome. Segundo a American Psychiatric Association (2002), alguns fatores devem estar presentes para o diagnóstico da AN, tais como: negação em manter o peso dentro dos parâmetros normais ou acima do mínimo adequado à idade e à altura, medo doentio em ganhar peso e alcançar a obesidade, preocupação para aceitar o peso real e forma física e a falta de pelo menos três ciclos menstruais sucessivos (SOPEZKI; VAZ, 2008).

O *Diagnostic and Statistical Manual, IV edition* (DSM-IV) e a Classificação internacional de Doenças, em sua décima edição (CID-10) são os dois sistemas de diagnósticos para transtornos mentais, onde estão relacionados os critérios para diagnosticar os transtornos alimentares (RIBEIRO 2007).

A seguir encontram-se os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV e o CID-10 para anorexia nervosa (Quadro 1).

Quadro 1- Critérios diagnósticos segundo DSM-IV para anorexia nervosa.

Segundo o DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal (menor que 85% do peso esperado);
<ul style="list-style-type: none"> • Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso;
<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre à auto- avaliação e negação do baixo peso;
<ul style="list-style-type: none"> • Amenorréia por 3 ciclos consecutivos;
<ul style="list-style-type: none"> • Subtipos: 1- restritivo: dieta e exercícios apenas. 2- compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação alem da dieta e exercícios).

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

A seguir encontram-se os critérios diagnósticos segundo o CID-10 para anorexia nervosa (Quadro 2).

Quadro 2- Critérios diagnósticos segundo o CID-10 para anorexia nervosa.

Segundo o CID-10
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC menor que 17 kg/m²);
<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso auto- induzida pela restrição de alimentos que engordam. Medo de engordar e percepção de estar muito gordo (a);
<ul style="list-style-type: none"> • Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo- hipofisario- gonadal manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda do interesse e potencia sexual. E atraso no desenvolvimento puberal;
<ul style="list-style-type: none"> • Vômitos auto- induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

O manual de diagnóstico e estatístico na quarta edição (DSM-IV) (apud ALVES et al., 2008) conceitua a “anorexia nervosa é uma condição psiquiátrica, cujos sintomas surgem mais freqüentemente na adolescência”. Diversos estudos apontam o grupo de adolescentes do sexo feminino como de risco para início da AN, sendo cerca de 90%, sinalizando uma grande preocupação dessas adolescentes que passam por um processo de múltiplas mudanças dentre as quais: psicológicas, sociais e corporais em conquistar um corpo magro passando a controlar o peso com restrição alimentar traiçoeira, todos os alimentos consumidos retirando carboidratos simples e gorduras, exercícios físicos exaustivos, levando a um emagrecimento aparente e um quadro de AN.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual, IV edition* (DSM- IV- APA, 1994), citado por Giordani (2009), define a AN desde sua descoberta por pesquisadores remotos até as descobertas mais novas. Na doença referida os pacientes apresentam uma deformidade doentia da imagem corporal com um incômodo excessivo de sua aparência podendo ser real ou irreal levando a um quadro de sofrimento e angústias.

A doença pode ser determinada como uma negação insistente em preservar o peso mínimo adequado à altura e idade, sendo seguido de uma preocupação intensa com a forma física e peso (PIRES et al., 2010).

Dois tipos de AN são especificados, o restritivo e o bulímico. No restritivo sobressaem atitudes voltadas ao controle da ingestão alimentar, como refeições restritivas (Ex: hipocalóricas, hipolipídicas e hipoprotéicas), restrição do número de refeições por dia, ou jejuns podendo ser de horas ou períodos extensos. No do tipo bulímico, predomina atitudes purgativas como vômitos, diarreia devido ao uso de laxantes, exercícios físicos desgastantes voltados para o emagrecimento, além de atitudes restritivas podem estar presentes no comportamento (FLEITLICH et al., 2000).

O corpo torna-se reduzido de maneira drástica devido à inexistência da vontade de ingerir alimentos levando a algumas questões que precisam ser investigadas por profissionais da saúde. Pacientes com anorexia vivem a realidade do sofrimento e da angústia, causadas por padrões sociais e culturais que influenciam nas práticas corporais caracterizadas pela distorção da imagem física e medo de ganho de peso, fazendo com que crie medidas antropométricas irreais causando sofrimento intenso. Muitas estratégias e mecanismos de perda de peso começam a ser desenvolvidos por hábitos inadequados, que na maioria dos casos não impedem a continuidade de emagrecimento e insatisfação da imagem corporal (GIORDANI, 2009).

Vários fatores envolvem sua origem dificultando assim seu tratamento tendo uma integração da medicina, psicologia e nutrição, uma equipe multidisciplinar, havendo resultados positivos na terapia onde a forma integrada será exercida pelos profissionais que a constituem. A internação hospitalar acontece quando o peso está abaixo de 75% do peso mínimo ideal, quando a perda de medidas se dá de forma muito drástica, ou quando há complicações clínicas para que esse paciente tenha um acompanhamento melhor do seu quadro (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O índice de massa corporal (IMC) obtido pela divisão do peso corporal pelo quadrado da altura avalia a desnutrição, onde a classificação é menor que 18 Kg/m² em adultos, podendo levar a um quadro de complicações clínicas geradas pela desnutrição (BORGES et al., 2006).

Quanto à causa e seu desenvolvimento, não há uma única origem responsável pela doença. Acredita-se no modelo multifatorial, com contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. Considerando a elevada prevalência dessas síndromes associada à alta morbidade, preconiza-se o melhor conhecimento de suas manifestações clínicas, bem como complicações associadas para que o diagnóstico possa ser realizado mais precocemente, evitando assim que esses pacientes cheguem para o tratamento apenas quando seu estado esteja grave. Dois tipos de AN são encontrados: o restritivo e o purgativo. No restritivo, os pacientes utilizam atitudes restritivas inadequadas associadas à dieta. No purgativo, acontecem episódios de compulsão alimentar, seguidos de medidas compensatórias, como vômitos auto-induzidos e o uso de laxantes, diuréticos e anorexígenos (BORGES et al., 2006).

As equipes multidisciplinares têm como objetivo no tratamento dos distúrbios alimentares a recuperação do peso corporal que está associado com os sintomas da AN, melhorando aspectos físicos e cognitivos dos pacientes acometidos, sendo que existe um medo patológico de tornar-se gordo, gerando uma controvérsia no tratamento com a resistência do paciente em se alimentar na hora certa, na quantidade de calorias adequadas para o seu quadro, no uso de sondas para dieta enteral, no uso de laxantes e diuréticos, provocar vômitos, dentre outros (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008).

O diário alimentar é usado no tratamento de tais transtornos, sendo um instrumento onde o paciente registra todos os alimentos consumidos, a quantidade, o horário, o local das refeições, se aconteceu compulsões alimentares e purgações, se o paciente encontrava-se acompanhado, os sentimentos associados durante a refeição, e uma “nota” para mensurar a fome que estava sentindo antes da refeição e quanto se sentiu satisfeito com a refeição (saciedade). O registro de todas as refeições pelo paciente tem o objetivo de gerar uma consciência de sua patologia e futuramente disciplina e controle (LATTERZA et al., 2004).

O tratamento nutricional tem como objetivo a recuperação do peso, regularização do padrão alimentar, da percepção de fome e saciedade, assim como a correção das conseqüências biológicas e psicológicas da desnutrição. O ganho de peso deve ser monitorado, sendo recomendado 900g a 1,3 Kg/semana para pacientes de

enfermaria, 250g a 450 g/semana para pacientes de ambulatório. Um estudo de Ornstein (2003) e outros, citado por Latterza e colaboradores (2004), demonstraram que um ganho de peso de 720/4 dias seria mais seguro evitando a síndrome da realimentação. Essa síndrome é definida por anormalidades dos fluidos e eletrólitos, em especial o fósforo, acarretando dificuldades cardiológicas, neurológicas, hematológicas até a morte inesperada. A prudência na alimentação deve ser usada tendo o controle dos eletrólitos evitando a Síndrome da realimentação.

O jejum prolongado encontrado na dieta restritiva em que acomete nos distúrbios alimentares para alcançar a magreza, podendo ser um risco à vida dos pacientes devido a Síndrome da realimentação. A introdução de alimentos deve ser feita com cautela de forma lenta, porém progressiva para que não aconteçam modificações hidroeletrólíticas, como a hipercalemia (aumento do potássio) e hipofosfatemia, podendo acarretar a morte do paciente. Dentre os pacientes que estão mais propensos a apresentarem a Síndrome da realimentação estão: a anorexia nervosa, o marasmo, o kwashiorkor, o alcoolismo, a obesidade mórbida com grave perda de peso, cirurgias bariátricas, jejum prolongado com ou sem estresse, hidratação venosa profunda, greve de fome, caquexia cardíaca e o câncer (FRANCA; SILVA, 2006).

A desnutrição energético-proteico (DEP) acontece quando a quantidade de proteína e/ou calorias consumidas se torna irregular deixando de alcançar as necessidades energéticas do indivíduo. Dois tipos de desnutrição são o Marasmo e o Kwashiorkor podendo acontecer no organismo de maneira isolada ou combinada. A falta de alimentos acarreta o marasmo, com uma falta de energia e proteínas. O kwashiorkor é a desnutrição pela deficiência de proteína no organismo (FRANCA; SILVA, 2006).

2.1.2 Bulimia Nervosa

O termo bulimia nervosa (BN) foi denominado por Russell (1979), surgindo da junção dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), sendo, portanto, uma fome de forma intensa que poderia consumir um boi. Alguns fatores para que haja o diagnóstico incluem: incidentes que voltam a acontecer de compulsão alimentar, procedimento compensatório, irregular e retrocedente, com o

objetivo de perda de peso, estando presente o vômito auto-induzido, o uso impróprio de laxantes, diuréticos, exercícios físicos demasiados (SOPEZKI; VAZ, 2008).

Os episódios de BN segundo a *American Psychiatric Association* (1994) são definidos como “a ingestão, em um curto espaço de tempo, de uma quantidade de alimento muito superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares”. Durante esses episódios, o paciente come sozinho e escondido, não dá atenção ao sabor e a textura do alimento, comendo sem nenhum critério na hora da compulsão. Porém o paciente é muito criterioso na escolha dos alimentos. Há também uma grande variabilidade nas calorias ingeridas durante o período da compulsão (BORGES et al., 2006).

Segundo Ribeiro (2007), o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition*) e o CID-10 (Código Internacional de Doenças, na décima edição) são os dois sistemas usados para classificar transtornos mentais. Utilizados para diagnosticar transtorno alimentar como a bulimia nervosa. A seguir estão estabelecidos segundo o DSM-IV e o CID-10 critérios de diagnóstico para bulimia nervosa (Quadro 3) e (Quadro 4).

Quadro 3- Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo DSM-IV.

DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle);
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros;
<ul style="list-style-type: none"> • Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/ semana por três meses;
<ul style="list-style-type: none"> • Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação;
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de anorexia nervosa ausente;
<ul style="list-style-type: none"> • Subtipos: 1- Purgativo: vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas. 2- Não-purgativo: apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica.

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

Quadro 4- Critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo CID-10.

CID-10
<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida;
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos). Diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea);
<ul style="list-style-type: none"> • Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.

Fonte: CLAUDINO; BORGES, 2002 apud RIBEIRO, 2007, p.17.

A BN é caracterizada por dois subtipos: o purgativo, onde na compulsão alimentar existe o uso do vômito provocado, ou uso de laxantes e diuréticos. O não purgativo denominado pelo uso de jejuns ou exercícios físicos exagerados (AMORAS et al., 2010).

O indivíduo mantém-se próximo ao peso normal ou sobrepeso não existindo perda drástica de peso como ocorre na AN. Os principais distúrbios encontrados são irritações e sangramentos do aparelho digestivo, perda do esmalte dentário, diminuição do metabolismo devido aos episódios de vômitos provocados após os episódios de compulsão alimentar (VILELA et al., 2004).

A preocupação exagerada com o peso e a forma física é uma característica que está presente na BN, assim como na AN. Difere da anorexia, onde a magreza é evidenciada a possíveis problemas com alimentação, na bulimia o indivíduo possui seu peso normal ou leve sobrepeso podendo ocultar a doença por muito tempo (OLIVEIRA et al., 2003).

Os casos são comuns em indivíduos acima de 12 anos de idade sendo raros episódios inferiores a esta faixa etária prevalecendo em mulheres jovens e adolescentes. Os fatores genéticos, psicológicos e sociais, estão relacionados à causa da doença. A compulsão alimentar na BN tem sua origem no início da dieta para emagrecer, quando é manifestada através de sentimentos negativos (frustração, tristeza, ansiedade, tédio, solidão) e desencadeia um comportamento atípico envolvendo alimentação exagerada, com altos níveis de calorias ingeridas e sensação de falta de controle trazendo sentimentos de vergonha, culpa e desejo de autopunição (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

De acordo com Oliveira e Hutz (2010), os estudos realizados relacionam a mídia com a alimentação desordenada, sendo as mulheres com maior percentual de incidência devido ao padrão estético ditado pela moda, agravando as práticas alimentares com condutas inadequadas para perda de peso, pois com alimentação saudável e atividade física, segundo estudos, as adolescentes não atingiram a meta desejada imposta pela mídia.

Um estudo de exposição corporal com adolescentes realizado na Inglaterra (BELL; LAWTON; DITTMAR, 2007), dividiu 87 meninas adolescentes em três grupos. Dentre os grupos, um foi exposto a vídeos de música com imagem de modelos magras, outro somente o áudio e um terceiro a uma lista de palavras neutras para memorização. Concluiu-se após a pesquisa que o primeiro grupo demonstrou uma maior insatisfação com o corpo comparado aos outros grupos da pesquisa. As adolescentes desenvolvem assim um medo de ganho de peso com aderência a dietas e comportamentos de risco para desenvolver TA. As causas da AN e BN nervosas diante dos estudos desenvolvidos relatam diversos fatores como cultural, individual, familiar, enfatizando aspectos culturais aumentando assim, os números de casos desses transtornos (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

O nutricionista está inserido na equipe multidisciplinar para proporcionar ao paciente alteração no consumo, padrão e comportamento alimentar, que por sua vez encontram-se adulterados por tal transtorno. O tratamento nutricional é dividido em duas etapas: educacional e experimental. A educação nutricional irá abordar definições de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, consequências das restrições e purgações. Na etapa experimental a ênfase é a relação que o paciente tem com o alimento e seu corpo, auxiliando a reconhecer os significados do corpo e a alimentação (LATTERZA et al., 2004).

A inclusão familiar no tratamento dos distúrbios passa a ser destaque efetivo em pacientes portadores de AN e BN, este envolvimento ocorre principalmente devido a cultura alimentar desenvolvida por um grupo familiar. Mediante aos estudos que começaram a ser desenvolvidos passados os anos, o tratamento familiar passa a ser juntamente com o paciente tratado, diferentemente da forma inicial onde o mesmo era isolado para ser tratado. O grande desafio terapêutico é desconstruir

histórias de distúrbios alimentares impostas, e compartilhar crises que passaram a ocorrer ao longo do tratamento através da confiança (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Os grupos familiares começaram a participar de uma nova modalidade de tratamento, a inclusão psicoeducativa, que trabalha a terapia em grupo familiar observando as necessidades individuais e explorando sentimentos emocionais como angústia e ansiedade. Tais terapias mostram resultados consideráveis a tratamento patológico e atitudes positivas, mudança de hábito, envolvimento familiar são marcas para a melhor recuperação do doente (NICOLLETTI et al., 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A prevalência da doença tem sido crescente na população em geral, com a estimativa de incidência nos últimos 20, ter dobrado. Estatísticas apontam uma incidência que varia de 0,5 a 5% entre os adolescentes de países ocidentais, onde a BN encontra-se mais freqüente que a AN (SILVA et al., 2006).

A AN é considerada a terceira doença que mais acomete adolescentes nos Estados Unidos da América, ficando atrás da asma e obesidade. Com o aumento do número de casos, os especialistas apontam para uma “epidemia” dos transtornos alimentares (SILVA et al., 2006).

Nas últimas décadas a literatura aponta para o aumento da incidência em países como Estados Unidos da América (EUA) e Europa. Mundialmente a incidência de TA encontra-se em 1:100.000, quando a população é restrita a mulheres jovens e brancas de países desenvolvidos esse dado aumenta para 1:200.000 (BIGHETTI, 2003).

Um estudo de Jones e colaboradores (2001), citado por Bighetti (2003), apontam que a incidência e a prevalência estão crescendo em escolas privadas da população de Ontário no Canadá, devido ao desenvolvimento do comportamento e hábitos alimentares irregulares (BIGHETTI, 2003).

Os distúrbios voltados para alimentação são encontrados com mais freqüência em mulheres na fase da adolescência ou em mulheres na fase adulta, vindo a acometer 3,2 das mulheres em idade de 18 e 30 anos, podendo ter uma relação homem:

mulher de 1:6 a 1:10. Segundo estudos a AN apresenta prevalência de 0,5% a 1% em adolescentes segundo o Manual de Estatísticas de Doenças Mentais (DSM-IV). A BN aponta que 90% são mulheres, sendo a prevalência entre adolescentes e adultas jovens de 1% a 3% (LEAL et al., 2012).

Mundialmente existem relatos que mencionam o aumento de número de casos. No Brasil, principalmente na região sul, casos podem ser encontrados em todas as classes sociais acometendo mulheres bem jovens. Trabalhos aplicados na Europa e nos EUA revelaram que 70% das mulheres sentiam-se em sobrepeso e 79% das adolescentes sentiam-se gordas. A literatura demonstra uma prevalência de 3,06% para TA em geral, para AN 0,39% e para BN 0,30% (JAEGER; SEMINOTTI; FALCETO, 2011).

A incidência dos distúrbios alimentares está em crescimento nas últimas décadas, principalmente em países como os EUA e os da Europa, sendo apropriado examinar os grupos de riscos, indivíduos que possuem uma preocupação exagerada com a forma física para o aumento de número de casos (RIBEIRO; SANTOS, P.; SANTOS, J., 1998).

Relatos de dietas restritivas obrigatórias são conhecidos desde a Idade Média sendo de cunho religioso e privado. Alguns trabalhos voltados para este tema em questão comprovam que a AN tem aumentado nos países ocidentais principalmente em jovens do sexo feminino (GIORDANI, 2009).

As doenças alimentares parecem ser de países ocidentais, encontradas com mais freqüência em países desenvolvidos e industrializados. O número de casos tem aumentado em países que essas doenças eram raras, com a possibilidade de mudança cultural ser o motivo desse aumento (PIZON; NOGUEIRA, 2004).

A prevalência dos casos é observada através de estudos em sua maioria no grupo de mulheres jovens e adolescentes de 12 e 28 anos, alcançando dados significativos nessa população, de vinte casos em mulheres para cada caso em homens visto que essa diferença nos sexos tem diminuído alcançando assim indivíduos do sexo masculino. Dados epidemiológicos realizados nos EUA apontam que 4% de estudantes jovens maiores de idade sinalizam algum tipo de transtorno do comportamento alimentar. No Brasil os estudos são poucos sendo encontrados

dados epidemiológicos. Os trabalhos encontrados são direcionados para a imagem corporal e transtorno do comportamento alimentar em adolescentes e jovens adultas (VALE; KERR; BOSI, 2011).

Dietas restritivas, inanição voluntária, vômitos auto-induzidos, o uso de medicamentos como laxantes e diuréticos são meios utilizados considerados de risco para desenvolver TA que segundo estudos a prevalência varia de 0,5 a 1,0% em países como os Estados Unidos. No Brasil ainda não existem dados que apontam a prevalência, sabe-se que o número de casos tem crescido nos centros de saúde especializados que tratam a doença (DUNKER; FERNANDES; CARREIRA FILHO, 2009).

A busca por um padrão global estético é o fator principal para o alto índice de aumento no número de casos, juntamente com fatores individuais, familiares e culturais. Aspectos como o medo mórbido de engordar, a forma corporal, ingestão maciça de alimentos juntamente com vômitos, laxantes e diuréticos são patologias graves ocorrentes nos diagnósticos afetando principalmente a população jovem (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

2.2.1 Grupos de risco

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (apud SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000), a adolescência consiste o período de vida dos 10 aos 19 anos de idade caracterizados por importantes mudanças físicas e fisiológicas passando do estado infantil para o estado adulto.

Conforme o Censo Demográfico, no Brasil, há próximo de 34 milhões de adolescentes, assim representando cerca de 21% da população total. Na cidade de Vitória no estado do Espírito Santo (ES) conforme última pesquisa do Censo elaborada em 2010, o número de adolescentes entre 10 e 19 anos chega a mais de 20% da população total da capital. Na cidade de Vila Velha (ES) o percentual de adolescentes chega a mais de 15,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Diversas mudanças ocorrem na adolescência dentre as quais, com o corpo e a forma física sendo observado com maior destaque em meninas quando na fase de desenvolvimento ocorre um acúmulo de tecido adiposo na puberdade podendo

desencadear fatores de insatisfação com o corpo. Nessa fase de transição que compreende dos 10 aos 19 anos de idade o indivíduo sente-se adulto para tomar suas próprias decisões, podendo existir várias fontes de influências como amigos, familiares e a mídia que expressa incessantemente e prega uma forma física magra e desejada pela grande maioria das meninas, gerando uma busca ao corpo outrora designado perfeito (OLIVEIRA et al., 2012).

Modificações no desenvolvimento sexual e genético acontecem em decorrência da maturação sexual nos adolescentes, inicia-se na fase do estirão do crescimento, onde podem ser encontrados diversos distúrbios voltados para a alimentação. Já na fase final da formação estrutural, ou seja, na conclusão da maturação sexual, o adolescente pode chegar ao ganho de peso de aproximadamente 10 Kg em ambos os sexos (RIBEIRO; RODRIGUES, 2009).

O estirão do desenvolvimento causa crescimento expansivo dos depósitos de gordura em especial nas meninas, e também, propicia aumento muscular nos meninos, acarretando assim, as propriedades que conduzirão a formação de um adulto com diferenciação nítida em ambos os sexos (GATTI; RIBEIRO, 2007).

Na composição corporal do adolescente, alterações são apresentadas pelo aumento do peso corporal (50%) e da altura (15 a 20%) quando comparados a um indivíduo adulto. Isso propicia fisiologicamente o aumento do anabolismo (metabolismo construtivo) e da fome, que faz o adolescente recorrer aos alimentos como forma de suprir suas contenções de energia com micronutrientes e proteínas, e que sem saber, faz escolhas por comidas com elevado índice calórico e lipídico (RIBEIRO; RODRIGUES, 2009).

O adolescente é dominado de forma indireta pelo o seu comportamento alimentar, e isso, ocorrem mais precisamente por grupos de amigos do que por hábitos alimentares da família. O indivíduo passa a consumir produtos antes não presenciados em sua dieta somente para agradar ao grupo de seu convívio (VITOLLO, 2008).

Martins, citado por Oliveira e outros (2012), caracteriza que a “imagem corporal é a percepção que temos de nosso próprio corpo juntamente com os sentimentos em relação à forma, tamanho e partes constituintes”. Estudos demonstram que o grupo

com maior insatisfação com a forma física incide sobre o sexo feminino com mais de 50 %, existindo uma grande preocupação com o peso e medidas, uma vez imposta pela mídia, internet e sociedade. No sexo masculino a aceitação da imagem corporal não teria a mesma proporção que observado em mulheres, uma vez que nos homens não existe a pressão social sofrida no sexo feminino (OLIVEIRA et al., 2012).

As escolhas alimentares do adolescente podem ter ligação como o mesmo se vê diante de outras pessoas, tendo uma aceitação de sua imagem onde irá procurar métodos para mudar em sua aparência o que não lhe agrada, começando pela alimentação inadequada, visando perda de peso e também práticas de exercícios físicos desgastantes, omissão da alimentação, preocupação exagerada com o valor calórico de cada alimento consumido, vômitos provocados e em alguns casos mais graves, a amenorréia. Estas atitudes podem colocar os adolescentes em risco para possíveis casos da doença, desenvolvendo medos, crenças errôneas e conceitos sobre a alimentação somente para o emagrecimento (ALVARENGA; LARINO, 2002).

As atitudes alimentares são definidas pela relação que o indivíduo faz com o alimento, abrangendo aspectos como: crenças, sentimentos e procedimentos. A cultura, o social, o ambiente e o subjetivo podem influenciar nas atitudes alimentares não sendo somente uma forma racional e particular do indivíduo (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

A modernidade trouxe mudanças no comportamento alimentar da população levando ao estado de obesidade. No final de século XX e começo do século XXI o culto ao corpo perfeito é obsessivamente adquirido e seguido como estilo de vida, não obstante o medo de engordar, a não aceitação do peso e forma física, o modelo de beleza imposto pela sociedade onde adolescente e crianças estão inseridos com acesso a televisão, a internet, sendo influenciados com imagens de modelos e atrizes com medidas antropométricas sempre menores, distanciando atingir tal corpo somente com alimentação e exercícios físicos iniciando assim um ciclo para perda de peso afetando a saúde física, mental e social (OLIVEIRA; HUTZ, 2010).

Programas na internet distribuem planos alimentares que podem ser conseguidos por qualquer indivíduo para se obter o peso imposto por esses meios, com vistas a atingir um padrão, sem preocupação com a saúde (ALBANO; SOUZA, 2001).

Os padrões de beleza impostos dos dias atuais impõem as mulheres um corpo magro e torneado vindo a divergir com o modelo de anos atrás onde a imagem da beleza era de mulheres com curvas e obesas, sendo que essa busca tem acarretando na insatisfação da imagem corporal e baixa auto-estima, principalmente em adolescentes do sexo feminino, como mostra estudos recentes onde à insatisfação com o corpo demonstrou 67,6% e 85% desencadeando problemas alimentares na adolescência (SCHERER et al., 2010).

Problemas associados com a má alimentação nessa faixa etária, principalmente nas meninas, têm crescido devido às transformações hormonais e físicas estarem mais acentuadas e visíveis quando comparadas aos meninos da mesma idade. Nesse período as meninas sofrem uma cobrança por parte da sociedade quanto à aparência, levando a estilos de vida prejudiciais à saúde (PENTEADO et al., 2012).

Mulheres jovens são mais afetadas tendo uma prevalência de relação média de homem- mulher de 1:10 e podendo chegar de 1:20. Nas populações com pessoas mais jovens essa referida diferença diminui, sendo o sexo masculino responsável por 19% a 30% dos casos de AN. Nos meninos há uma ligação de tal doença com a homossexualidade masculina com alto grau de sintomas. Mulheres que exercem algumas profissões como modelos, bailarinas e atletas, existindo uma cobrança constante de um corpo magro aumentando os perigos para desenvolver tal moléstia (PIZON; NOGUEIRA, 2004).

Geralmente, o perfil dos pacientes é: adolescentes insatisfeitas do sexo feminino, e alto nível sócio econômico cultural, sendo esse grupo com maior chance de desenvolver TA quando comparado a adolescentes satisfeitas com sua imagem corporal (ALVES et al., 2008).

2.3 SINTOMAS E COMPLICAÇÕES

A desnutrição acometida pelos métodos purgativos gera muitas complicações clínicas, tais como anemia, osteoporose, deficiência de potássio podendo acarretar arritmias cardíacas e morte súbita, entre outras. Na AN observa-se uma diminuição no crescimento podendo levar ao quadro da redução da densidade óssea, perda de

massa óssea e estatura baixa, sinalizando um quadro de rigorosa desnutrição (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O peso corporal mantido a baixo de 85% do adequado para altura e idade, sendo considerado o sintoma encontrado na sua maioria na AN. O medo doentio de ganhar peso, modificação da imagem corporal, distúrbios menstruais, perda de massa óssea, perda de massa muscular e gordura corporal, distúrbios digestivos, arritmias cardíacas, desidratação, intolerância ao frio, cabelos finos e fracos (OLIVEIRA et al., 2003).

Importantes complicações, juntamente com a desnutrição, encontram-se presentes na AN, como: comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na movimentação gastrointestinal, infertilidade, hipotermia e relatos de diminuição do metabolismo. Um estudo de Fisher e outros (1995), citados por Pires e outros (2010), menciona a existência de amenorréia, sendo um sinal considerável da AN, estando associada a outros fatores como: disfunção hipotalâmica, estresse, exercício físico desregrado, perda de peso e de gordura (PIRES et al., 2010).

Alguns fatores fazem com que o indivíduo fique vulnerável, tais como: restrição alimentar rigorosa, perda de peso, estar na faixa etária da adolescência e cessação do ciclo menstrual (SCHMIDT; MATA, 2008).

Dos sintomas, considerados mais radicais, da AN podem levar o indivíduo acometido ao óbito. Sintomas gastrintestinais como constipação e sensação de saciedade após refeição, diminuição da motilidade intestinal, sendo revezado com diarreias pelo uso de laxantes, diminuição da frequência cardíaca podendo chegar a menos de 60 batimentos por minutos (bpm), levando a hipotensão arterial, devido ao volume circulante está abaixo do normal, acarretando tonturas e desmaios. A termorregulação pode sofrer danos levando a uma sensibilidade ao frio com queda da temperatura corporal. As características sexuais secundárias, observado na adolescência, também ficam prejudicadas assim como os contornos das nádegas e quadril. A amenorréia surge devido ao mau funcionamento do hipotálamo, podendo permanecer após a recuperação do peso. A pele torna-se ressecada e sem brilho. Em casos radicais podem ser seguidos de catarata, atrofia do nervo óptico e degeneração da retina. Episódios de dores ósseas também podem ser encontrados, uma vez que a osteopenia e a osteoporose podem estar no quadro clínico (SCHMIDT; MATA, 2008).

Os indivíduos acometidos pela AN quando procuram tratamento, apresentam na maioria dos casos, desnutrição grau III denominado quando o Índice de Massa Corporal (IMC) está abaixo de $15\text{kg}/\text{m}^2$. A grave desnutrição gera várias conseqüências, demonstrando alguns sinais clínicos como a hiperbetacarotenemia e a diminuição da frequência cardíaca. A dieta restritiva acontece quando a refeição é realizada poucas vezes ao dia, jejuando o restante do dia. Crêem que produtos que não alimentam possuem calorias como exemplo pasta de dente, medicação e água. Quando se alimentam picam os alimentos em pedaços bem pequenos para parecer volume, sempre há sobras da refeição no prato, praticam exercícios físicos desenfreadamente ao longo do dia, apresentam atitudes obsessivas na maioria das vezes (SICCHIERI et al., 2006).

Na AN existe uma busca violenta pela magreza diminuindo voluntariamente o consumo de alimentos, levando o indivíduo à perda de peso, caquexia, inanição, podendo acarretar em casos mais graves a morte. Os sinais e sintomas comumente encontrados são: hiperatividade, bradicardia, diminuição da libido no sexo masculino e a amenorréia no sexo feminino. Dentre as complicações desta doença o comprometimento cardiovascular, desidratação, vômitos, hipotermia, infertilidade, alterações metabólicas (hipercolesterolemia) e alterações endócrinas podem ser encontrados (SILVA et al., 2006).

Modificações endócrinas podem ocorrer como a diminuição de alguns hormônios do eixo hipotálamo-hipófise gonadal, sendo responsáveis por alterações no ciclo menstrual levando a interrupção do ciclo, podendo também sofrer várias regressões para fases pré- puberais tais como: diminuição ovariana, das mamas, do útero, atrofia da parede vaginal, perda dos pêlos pubianos e até infertilidade com possíveis ovulações (DAMASCENO, 2002).

Os distúrbios da alimentação desenvolvem ainda complicações importantes na saúde dental e nos tecidos bucais. Podem ser encontradas dentre alguns lesão de erosão, de cárie, hipersensibilidade, diminuição da quantidade de saliva e o aumento das glândulas parótidas (AMORAS et al., 2010).

A perda de peso devido à drástica restrição calórica, encontrada na AN, em pouco tempo levam ao desenvolvimento da queda na taxa metabólica basal, acarretando também danos nas funções músculo- esquelética, cardiovascular, endócrina,

termorregulatória, dificuldade de atenção e concentração. Dentre os sintomas psicológicos, o paciente constantemente pode sentir ansiedade, depressão, baixa autoestima, irritabilidade, intolerância à frustração e humor instável, podendo afetar socialmente e afetivamente o indivíduo acometido (OLIVEIRA et al., 2003).

Devido ao estado de hipometabolismo que ocorrem, algumas complicações vitais são propensas a esta doença, tais como: alterações cardiovasculares, podendo levar a uma parada cardiorespiratória súbita. Em um estudo de Walsh e outros, citado por Sá (2012), relatam que em indivíduos com AN é normal o mau funcionamento da válvula mitral decorrente da perda de peso extrema, podendo acarretar uma desconformidade entre o ventrículo esquerdo e a válvula mitral.

A leucopenia, assim como a anemia, pode estar presentes nas complicações da anorexia, gerando um sistema imune debilitado. A densidade mineral óssea sofre alterações significantes podendo originar osteopenia e osteoporose aumentando o risco de fraturas futuramente (SÁ, 2012).

Modificações psicológicas podem ser encontradas na anorexia como exemplo: diminuição da concentração, depressão, ansiedade, agitação, distúrbios do sono, obsessão e compulsão. Tais sintomas podem acometer indivíduos que não apresentam a doença, mas pioram com a desnutrição imposta para perda de peso e com o tratamento adequado há a melhora de tais sintomas (SÁ, 2012).

Indivíduos que desenvolvem a BN, geralmente preocupam-se exageradamente com a imagem corporal e seu peso, tendo uma distorção de sua imagem e possui um obstáculo em reconhecer as emoções. Possuem uma baixa auto-estima um nível alto de ansiedade, uma perda no controle dos impulsos. Na sua inquietação adotam estilos de beleza inalcançáveis, praticamente padrões irreais, para tentar alcançar os modismos impostos pela sociedade. Vivenciando a realidade percebe-se que o objetivo não foi alcançado partindo assim para um estado de depressão, frustração, onde episódios de compulsão voltaram rondados pela culpa e depressão (ROMANO; ITOKAZU, 2002).

Na bulimia as complicações clínicas são observadas freqüentemente, devido ao distúrbio hidroeletrólítico causado pelos vômitos provocados, uso de laxantes e diuréticos (BORGES et al., 2006).

Os vômitos provocados são considerados, o principal método utilizado para compensar o desconforto físico e o medo de ganho de peso, tendo como outros meios inadequados o uso de laxantes, diuréticos, anorexígenos, jejuns e exercícios físicos extenuantes, que geram complicações clínicas tais como erosão dos dentes, alargamento das parótidas, esofagites, alterações cardiovasculares, dentre outras. (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Durante a purgação na BN alguns aspectos importantes podem ser encontrados tais como a perda de fluidos e eletrólitos podendo levar a desidratação, desequilíbrio ácido- básico, desequilíbrio eletrolítico, arritmias cardíacas, diminuição do potássio (responsável pela contração muscular), distúrbios gastrintestinais, aumento da glândula parótida, erosão e perda do esmalte dentário. O transtorno do comer compulsivo denominado como *binge- eating*, condição que o indivíduo acometido ingere uma quantidade excessiva de alimentos em um período pequeno de tempo gerando um desconforto. Geralmente as refeições são realizadas sem a presença de outras pessoas, tendo logo após um sentimento de culpa e depressão (OLIVEIRA et al., 2003).

Portadores de tal doença costumam criar um ritual no momento das refeições, escolhem um horário onde possam estar sozinhos para que comam compulsivamente, fazem as refeições em vasilhas grandes como panelas ou tigelas, escolhem a colher para se alimentar ao invés do garfo para que um volume maior de comida seja assegurado, grande volume de líquidos sempre acompanham as refeições para que o vômito aconteça com facilidade, com grande quantidade de alimentos podendo chegar a uma única refeição 8.000 Kcal/h, segundo estimativas (SICCHIERI et al., 2006).

Episódios do aumento exagerado de alimentos com atitudes compensatórias impróprios para impedir o aumento de peso, são características da BN. Com a presença do medo de adquirir peso, sem o controle dos hábitos alimentares irregulares, podendo assim, a doença se propagar por muitos anos (PIRES et al., 2010).

Essas duas patologias: AN e BN estão intimamente relacionadas por apresentarem sintomas em comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva

com o peso, distorção da imagem corporal e um medo patológico de engordar (ALVES et al., 2008).

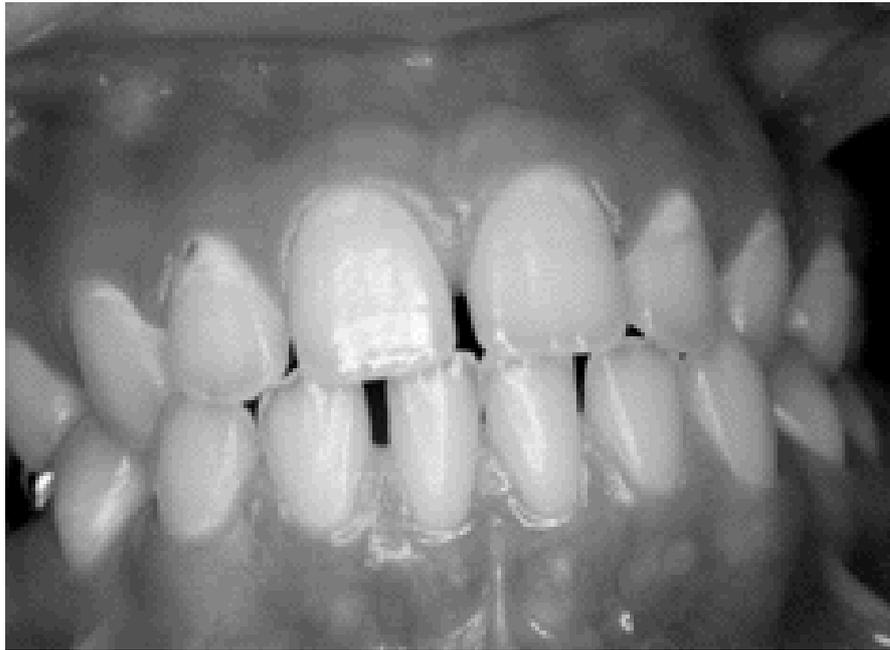
Os alimentos ingeridos durante os episódios de compulsão na bulimia são denominados proibidos durante as refeições não compulsivas. Dentre os alimentos mais utilizados estão os biscoitos, doces em geral, massas, pães e líquidos em grande quantidade, usados para diluir os alimentos dentro do estômago. A literatura aponta que dietas muito rígidas levam à compulsão alimentar, podendo aumentar em 18 vezes as chances em adolescentes para desencadear tal distúrbio. E ao realizar dietas moderadas as chances são de 5 vezes o risco para desenvolver tal doença referida (ALVARENGA; SCAGLIUSI, 2010).

Durante a purgação pode-se observar que o paciente sofre desidratação, através da perda de fluidos e eletrólitos, desequilíbrio ácido-básico, arritmias cardíacas, diminuição do potássio sérico (principal cátion responsável pela contração muscular), distúrbios gastrintestinais, erosão e perda do esmalte dentário (OLIVEIRA et al., 2003).

As complicações da BN, quando comparadas as da AN, possuem um menor impacto devido à inexistência de perda de peso exagerada e importante. Os principais sinais e sintomas é devido à maneira como os alimentos consumidos em excessos são eliminados. A literatura expõe diversos transtornos gastrintestinais como esofagite (quando o esôfago encontra-se inflamado), Síndrome de Barret, hipertrofia das glândulas salivares, desgaste do esmalte dentário, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do cólon irritável (SILVA et al., 2006).

O Diabetes mellitus (DM) é uma moléstia relacionada ao metabolismo da glicose sanguínea, com a impotência do organismo em conservar as taxas da glicemia dentro do parâmetro regular, acarretando o aumento da glicose sanguínea. O DM possibilita uma mudança nos hábitos, principalmente alimentar, levando a uma contínua preocupação com os alimentos, dieta, e o peso corporal do diabético. Tais atitudes predispõem os portadores de DM a apresentarem TA dificultando assim o diagnóstico e tratamento das duas doenças comentadas acima (AZEVEDO; PAPELBAUM; D'ELIA, 2002).

Figura 1- Discreta erosão superficial em esmalte.



Fonte: Caldeira; Nápole, Busse (1999).

Devido aos vômitos provocados, a boca do paciente pode sofrer manifestações clínicas como, a xerostomia (secura excessiva da saliva), irritação da mucosa, sensibilidade dos dentes á temperaturas, cáries. A laringe pode ser afetada através do vômito e do refluxo gastroesofágico (RGE), com secreção na região da garganta e tosse crônicos acarretando em inflamação da laringe e modificações vocais importantes (BALATA et al., 2008).

O vômito auto- induzido traz algumas complicações tais como desgaste dentário, fissuras angulares, queilose, diminuição ou distorção do paladar, decorrentes da perda de vitaminas, hipertrofia das glândulas salivares, diminuição do ritmo cardíaco, em função da hipopotassemia (queda dos níveis de potássio). O método inadequado do vômito provocado pode ocorrer tanto na BN quanto na AN, coloca a estrutura dental em contato com a solução ácida provinda do estômago, podendo levar a lesão de erosão. Denominada pela ausência da estrutura dental superficial causada pela degradação química, trazendo uma dissolução mineral (AMORAS et al., 2010).

Figura 2- Regurgitação bucal freqüente



Fonte: Caldeira; Nápole, Busse (1999).

As modificações físicas presentes na BN são as calosidades encontradas no dorso da mão, também conhecida como “sinal de Russell”, por influenciar o reflexo do vômito. Nota-se também queda de cabelo, descamação da pele, modificação do ciclo menstrual, edemas, entre outros (DAMASCENO, 2002).

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo e exploratório contendo uma amostra de campo de cinquenta (50) adolescentes do sexo feminino, com idades entre 16 e 17 anos, no Município de Vila Velha- ES.

As adolescentes foram convidadas a participarem da pesquisa através de convite pessoal, feito após o contato com a diretora e pedagoga de uma instituição estadual em Vila Velha.

O Município de Vila Velha é dividido em 5 regiões, sendo os bairros divididos por cada região. A região 2 é compreendida pelos seguintes bairros: Araçás, Brisamar, Cocal, Darly Santos, Guaranhuns, Ilha dos Bentos, Jardim Colorado, Jardim Guaranhuns, Nossa Senhora da Penha, Nova Itaparica, Pontal das Garças, Santa Inês, Santa Mônica e o bairro do Ibes onde aconteceu a referida pesquisa. O Município é destacado pelo grande número de adolescentes residentes, cerca de 15,6% do total da população, conforme os dados do último censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; VITÓRIA, 2013).

3.1.1 Coleta de dados

Iniciou-se a coleta de dados com prévia autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) do responsável legal das adolescentes participantes. Ficaram excluídas deste estudo adolescentes grávidas ou em fase de amamentação, aquelas que não aceitaram participar, que não tiveram autorização dos pais ou responsáveis e aquelas que não preencheram os questionários corretamente.

3.1.2 Instrumento de coleta de dados

Para a realização do estudo a adolescente foi avaliada pelo perfil antropométrico, realizando duas aferições para cada medida antropométrica. Para conferir o peso utilizou-se a balança analógica Micheletti® calibrada, com capacidade para 150 Kg, aprovando-se variante de no mínimo 100g entre as duas medidas, e, com as adolescentes sem calçados e em uso de roupas leves e sem qualquer tipo de objetos nos bolsos.

A estatura aferida com régua antropométrica, em aço cromado com capacidade de 2m, da própria balança. Estando as adolescentes descalças e em pé, com os calcanhares juntos e com o peso igualmente distribuído entre os pés. As costas retas, e os braços estendidos ao lado do corpo e a cabeça permanecendo ereta, com os olhos fixos à frente, sendo retirado qualquer adorno utilizado na cabeça. Admite-se variação máxima de 0,5 com entre duas medidas.

Utilizou-se a fórmula de Queletet (índice de massa corpórea) para calcular o peso (kg) corporal dos indivíduos por sua altura (m) ao quadrado. Com base nas medidas antropométricas, as adolescentes foram classificadas de acordo com o sexo, idade e IMC aplicados nas curvas de crescimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A curva de crescimento dada pelo índice de massa corpórea por Idade (IMC/I) foi um indicador de adequação do peso em relação à altura, utilizou-se como referência os dados da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2008), em que as adolescentes estariam classificadas de acordo com as seguintes referências: “magreza acentuada” se obtivessem percentil menor que 1; “magreza” se obtivessem percentil maior ou igual a 1 e menor que percentil 3; “eutrófico ou adequado” se alcançassem o percentil maior ou igual a 3 e menor ou igual a percentil 85; “sobrepeso” se o percentil fosse maior ou igual a 85 e menor ou igual a percentil 97; “obesidade” se alcançasse percentil maior que 97 e menor ou igual a percentil 99,9; e “obesidade grave” se obtivessem percentil maior que 99,9.

O indicador altura por idade (A/I) que melhor aponta o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento do adolescente foi avaliado nos seguintes pontos de corte: menor que percentil 0,1 quando classificado com “muita baixa estatura para a idade”; maior ou igual a percentil 0,1 e menor que percentil 3 foi classificado com “baixa estatura para idade”; maior ou igual a percentil 3 quando classificado como estatura adequada para idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Após a mensuração do peso (Kg) e altura (m) das adolescentes foi aplicado o questionário EAT- 26 em um ambiente reservado na própria instituição, para garantir a descrição das respostas dos questionários, onde as dúvidas apresentadas pelas adolescentes foram sanadas pela própria pesquisadora do estudo em questão.

O Teste de Atitudes Alimentares (Anexo A), aplicado no presente trabalho, revela a existência de padrões alimentares inadequados, apontando um índice de gravidade de preocupações característico de indivíduos com transtornos alimentares dentre os quais, medo patológico de engordar e constante perda de peso (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005). Utilizado para avaliar as atitudes alimentares das adolescentes, sendo adaptado ao português por Cordás e Neves (1999), sendo de fácil manuseio e demonstra através das respostas informações de grande valia, usado para avaliar possíveis distúrbios da alimentação (CHIODINI; OLIVEIRA; 2003).

O teste contém 26 questões voltadas para os sintomas da anorexia, com uma pontuação de 0 a 78 pontos, com respostas em escala Likert. A opção “sempre” vale 3 pontos, “muito freqüentemente”, vale 2 pontos; “freqüentemente”, vale 1 ponto; e o restante (às vezes, raramente e nunca) apresenta pontuação 0 (zero). A somatória dos pontos define que a pontuação igual ou maior que 20 promovendo o indivíduo a comportamento alimentar de risco para desenvolver distúrbios da alimentação, e pontuação menor que 20 indica inexistência de transtorno alimentar (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005).

O objetivo do questionário é investigar atitudes evidentes da anorexia nervosa e suas características, como procedimentos alimentares restritivos, como dieta e jejum. E atitudes da bulimia nervosa, como o consumo exagerado de alimentos e vômitos induzidos. Com as respostas do questionário se obtém um escore, onde indivíduos com mais de 20 pontos são denominados por manifestarem atitudes alimentares anormais (NUNES et al., 2001).

O instrumento, produzido por Garner e Garfinkel (1979), citado por Souza (2012), usado para avaliar e identificar comportamentos alimentares inadequados. Um dos instrumentos mais usados para mensurar sintomas de anorexia de forma ágil e fácil, atribuindo um diagnóstico prematuro e tratamento planejado, impedindo a progressão da doença. (SOUZA, 2012). Um questionário auto- aplicativo com suas questões voltadas para os sintomas da doença citada, aqueles com a pontuação

maior ou igual a 20 pontos, indica (EAT +) com a presença de sintomas da AN (OLIVEIRA; ALVES; BARBOSA, 2013).

Uma pontuação igual ou maior que 20 pontos revelam comportamento alimentar de risco, classificando como EAT positivo (EAT +) para presença de sintomas de anorexia e bulimia. Com uma pontuação menor que 20 pontos, indicam um EAT negativo (EAT -), sem a presença de sintomas (MARTINS et al., 2010).

Nos trabalhos sobre TA são utilizados questionários para detectar a AN, que por sua vez preconizam perguntas adquiridas às escalas validadas traduzidas para a língua portuguesa (GOMES et al., 2010).

As questões contidas no instrumento são divididas em três escalas tais como: Escala da Dieta com os itens das questões 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25 que traduz a rejeição doentia a alimentos com alto valor calórico e preocupação veemente com a imagem corporal; Escala de Bulimia e Preocupação com Alimentos com os itens 3, 4, 9, 18, 21, 26 que revela os incidentes de comportamentos compulsivos, podendo ser acompanhados com os vômitos e outras atitudes de purgação; Escala do Controle Oral com os itens 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20 aponta o autodomínio em relação à comida e identifica situação social que possa incentivar o consumo alimentar (MOMENTI, 2010).

Para o melhor entendimento no presente trabalho, as respostas do Teste de Atitudes Alimentares EAT-26, foram codificadas em “Sempre”= 1, “Muito Frequentemente”= 2, “Frequentemente”=3, “Às Vezes”= 4, “Raramente”= 5 e “Nunca”= 6. Sendo, portanto mantidas os valores da pontuação de cada resposta, onde “Sempre” tem o valor de 3; “Muito Frequentemente” tem o valor de 2; “Frequentemente” possui o valor de 1. As outras respostas (“Às Vezes”, “Raramente” e “Nunca”) possuem pontuação de 0 (SILVA et al., 2012).

O peso através do IMC por idade da amostra foi correlacionado com algumas questões do EAT-26, para analisar se existe relação do estado nutricional das adolescentes com determinadas perguntas do questionário escolhido. As questões escolhidas foram: 3, 5, 7, 8, 10, 14, 15, 19 e 26.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi apresentado às alunas um dia antes da coleta de dados e aplicação dos questionários EAT- 26, onde só foram realizados com os devidos termos autorizados pelos pais ou responsáveis. As adolescentes participaram da pesquisa de forma anônima, sendo a identificação das mesmas resguardadas.

A pesquisa em questão teve como princípios o respeito à privacidade, o sigilo e a liberdade dos participantes em recusar a participar da pesquisa a qualquer momento, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

No presente trabalho, os dados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® 2007 e as análises feitas de forma descritiva das variáveis. Para as avariáveis de: idade, peso, altura, IMC calcularam-se as estatísticas, média, mediana e desvio padrão. O IMC por idade foi correlacionado com algumas perguntas do EAT-26. A relação e associação entre as variáveis realizaram-se por meio do teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher, sendo a versão exata do teste qui-quadrado, no programa computacional SPSS 19.0 for Windows, no qual foi considerado o nível de significância de 5%, assim “valor-p” menor que 0,05, indica que existe uma associação (relação) entre as variáveis.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

A amostra compreendeu 50 adolescentes do sexo feminino com idades entre 16 e 17 anos e alunas de uma escola estadual de Vila Velha- ES. A idade com maior porcentagem neste estudo entre as adolescentes é de 16 anos com 74% (n=37), e com 26% (n=13) estando às adolescentes com idade de 17 anos. Apresentados a seguir através da tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de freqüências segundo Idade das adolescentes.

Idade	Frequência	%
16	37	74,0
17	13	26,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Costa e Vasconcelos (2010), em um estudo com 220 universitárias da Universidade Federal de Santa Catarina observaram que 57,7% das universitárias eram adolescentes apresentando idade menor que 20 anos e 42,3% da amostra foi de adultas com idade maior que 20 anos.

Costa e colaboradores (2011), ao realizarem um estudo para verificar o estado nutricional em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel no estado do Paraná, verificaram que, 56% dos indivíduos eram meninas e que a maioria estava na faixa etária de 10 a 14 anos de idade.

Penteado e outros (2012) encontraram ao analisarem adolescentes de ambos os sexos, sendo 34 meninas e 16 meninos com idade ente 13 e 18 anos totalizando 50 adolescentes. Alunos de uma instituição privada no estado do Rio de Janeiro e a idade média no sexo feminino (68%) encontrada foi de 15 anos. No sexo masculino (32%) obteve uma idade média de 16 anos.

No estudo de Araújo e colaboradores (2010) para apresentar a situação nutricional dos adolescentes do ensino fundamental de escolas públicas e privadas do programa nacional de saúde do escolar, mostrou que, 53,4% da amostra eram do sexo feminino e que, a média de idade era de 14,2 anos.

Na amostra, a variável estatura por idade foi classificada em 100% (n=50) das meninas em “Altura adequada para idade”. Quanto ao IMC por idade, observou-se na pesquisa que a maioria das meninas apresenta um estado de eutrofia com 66% (n=33). As que foram classificação com sobrepeso com 14% (n=7) e as identificadas com obesidade com 20% (n=10). Porém, das alunas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) apresentaram 34% (n=17). Não sendo encontrada nenhuma classificação de magreza. (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de freqüências segundo o IMC/I das adolescentes.

IMC/I	Frequência	%
Adequado	33	66,0
Sobrepeso	7	14,0
Obesidade	10	20,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Rosa, Gomes e Ribeiro (2008), em estudo com 100 estudantes do curso de nutrição do município de Duque de Caxias- RJ, sendo 94% do sexo feminino e 6% do sexo masculino. Observou que 69% da amostra apresentaram índice de massa corporal (IMC) classificado como eutrofia, magreza grau I com 9% da amostra, sobrepeso com 18% e obesidade grau I com 4%.

Em um estudo onde 45 atletas do sexo feminino da cidade de Maringá- PR, com idades entre 15 e 26 anos foram analisadas. Da amostra 22,2% (n=10) das atletas estavam em sobrepeso e 77,7% apresentaram peso adequado (n=35), não encontrando, portanto atletas em baixo peso e obesidade (KRAVCHYCHYN; SILVA; MACHADO, 2013).

No presente estudo a média de idade foi de 16,26, e apresentando um coeficiente de variação de 2,71% e desvio padrão (DP= 0,44). O IMC obteve uma média de 23,30, DP= 4,29 e com um coeficiente de variação 18,41% da amostra, representados a seguir (Tabela 3):

Tabela 3 – Estatísticas Descritivas para as variáveis Idade e IMC.

	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação (%)
Idade	16	16,26	16	17	0,44	2,71
IMC	16,6	23,30	23,1	35,2	4,29	18,41

Fonte: Elaboração própria.

Gomes e outros (2010) analisaram 300 adolescentes do sexo feminino alunas da rede estadual do Município de Toledo- PR, 5,4% (n=14) estavam em baixo peso, 82,3 (n=235) em peso adequado, 10,8 (n=31) com sobrepeso e 5,6 (n=12) com obesidade.

De acordo com Souza e Enes (2013) que analisaram o estado nutricional e alimentar de 25 adolescentes em escolas públicas de Sorocaba-SP, dos avaliados Por este estudo 38,3% apresentaram excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e, a prevalência de obesidade foi constatada nos meninos em 25,4%.

Os resultados do Teste de Atitudes Alimentares EAT-26, apresentaram 38% (n=19) das adolescentes com escore acima de 20 pontos, classificando as adolescentes com comportamento alimentar de risco para desenvolver transtornos alimentares. E 62% (n=31) da amostra apresentaram uma pontuação abaixo de 20 pontos, não apresentando comportamentos anormais, sendo, portanto a maioria do grupo analisado neste estudo assintomático. Pontuação igual ou maior que 20 são indicativos de apresentarem comportamento de riscos voltados a sintomas da anorexia nervosa, e pontuação menor que 20 não apresentam riscos para desenvolver transtorno alimentar. Apresentados na tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Distribuição de frequências segundo a pontuação do EAT – 26.

Pontuação	Frequência	%
Apresentaram risco	19	38,0
Não apresentaram risco	31	62,0
Total	50	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar 106 estudantes da Faculdade MAGSUL, Ponta Porã- MS em que o instrumento EAT-26 foi aplicado com um escore de 21 pontos, 15,2% das alunas apresentaram um escore acima de 21 pontos colocando em risco para distúrbio alimentar, e 84,8% com escore inferior a 21 pontos indicando ausência de distúrbio alimentar (GAUDIOSO, 2009).

Em um estudo com 216 alunas dos cursos de nutrição e enfermagem de uma instituição privada no município de Maringá- Paraná, 39,3% (n=85) das alunas cursavam nutrição e 60,6% (n=131) eram do curso de enfermagem. O instrumento EAT-26 foi aplicado obtendo um total de 23,6% (n=51) que apresentaram sintomas de anorexia com EAT+. As alunas de nutrição apresentaram uma maior porcentagem de EAT + com 32,9% comparando as alunas de enfermagem com 17,5% de EAT+. As que apresentaram uma faixa etária na adolescência de até 19 anos, verificou-se uma maior porcentagem de EAT+ quando comparadas as alunas com idade maior que 19 anos, nos dois cursos analisados na totalidade da amostra, demonstrando que mulheres jovens, particularmente adolescentes caracterizam o grupo de maior risco para transtornos alimentares (FERNANDES et al., 2007).

Alves e colaboradores (2008) identificaram através da aplicação do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) em uma amostra de 1.148 adolescentes do sexo feminino com idades de 10 a 19 anos do município de Florianópolis- SC, que a presença de sintomas de anorexia com o EAT+ estava diretamente relacionada com a idade das adolescentes de 10 a 13 anos, sobrepeso e obesidade.

Martins e outros (2010) abordaram adolescentes de 11 a 13 anos alunas do ensino fundamental de escolas públicas da cidade de Santa Maria- RS, com uma amostra

total de 258 adolescentes do sexo feminino. O resultado do instrumento EAT-26 aplicado foi de 27,6% manifestaram com um escore acima de 20 pontos, sintomas de transtornos alimentares como a anorexia e bulimia e atitudes alimentares anormais (MARTINS et al., 2010).

Em um estudo aplicado por Penteado e outros (2012) o instrumento EAT-26 foi aplicado em 50 adolescentes de ambos os sexos, sendo 68% (n=34) meninas e 32% (n=16) eram meninos, alunos de uma escola privada do estado do Rio de Janeiro. Ao analisar os resultados dos questionários (EAT-26) percebeu-se que as meninas exibiram maiores perigos em manifestar atitudes voltadas para a anorexia nervosa com 20,5%, quando comparadas ao sexo masculino com 12,5% no referido estudo. Ressaltando uma crescente estatística entre as meninas de sintomas de distúrbios alimentares, podendo ser confirmada através da cobrança da sociedade pela magreza, principalmente neste grupo que no grupo de meninos (PENTEADO et al., 2012).

Santos e outros (2012) afirmam em seu estudo, que das 50 adolescentes com média de 15 anos, 22% das meninas demonstraram comportamento avaliado como anorexia e bulimia, com um escore acima de 21 pontos (SANTOS et al., 2012).

Encontra-se na tabela 5, a seguir, a frequência e proporção de ocorrência das respostas do teste aplicado (EAT-26). A análise das questões apontam que, apesar de 66% (n=33) das adolescentes apresentarem peso adequado, nota-se na questão 4 (Gosto de experimentar novas comidas engordantes), que 44% (n=22) das adolescentes responderam a opção "Sempre". Evidenciando comportamentos inadequados voltados para a alimentação, podendo levar a erros alimentares até mesmo a compulsão alimentar.

Na questão 7 do instrumento usado, (Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a)), 32% (n=16) das adolescentes responderam "Sempre". Apesar da maioria da amostra deste estudo 66% (n=33) estar em um índice de IMC por idade (IMC/I), classificado em adequado, existe uma grande preocupação com a vontade de sempre apresentar um físico mais magro com uma idéia que pode ser obsessiva envolvendo tudo sobre alimentos e dietas. Colocando este grupo em comportamento de risco para possíveis distúrbios alimentares (Tabela 5).

Do total da amostra apenas 34% (n=17) das adolescentes estavam em excesso de peso, a saber, 14% (n=7) de sobrepeso e 20% (n=10) de obesidade. Como identificado na questão 11 (Fico apavorado (a) com o excesso de peso) respondida por 38% (n=19) das adolescentes com a resposta “Sempre”. Atribuindo a insatisfação com a forma física e peso corporal, representado a seguir (Tabela 5).

Analisando a porcentagem das respostas da questão 12 do questionário aplicado no presente estudo, expostas na tabela 9 (Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo), 36 % (n=18) das adolescentes responderam “Sempre”, demonstrando uma preocupação do grupo estudado em ter um peso adequado, com um medo de engordar apresentando um corpo magro constante.

Apresentada na tabela 5, a questão 17 do teste usado (Passo muito tempo pensando em comida) 28% (n=14) da amostra responderam com a asserção “Sempre”. Podendo demonstrar com essa porcentagem nesta pergunta uma ansiedade que reflete na comida levando a falta de controle e possíveis danos à saúde.

Na questão 19 do questionário (Sinto que a comida controla a minha vida), 20% (n=10) das adolescentes responderam “Sempre”. Apontando que esse grupo de adolescentes não apresentam domínio com os alimentos colocando-os em risco quando em ambientes de interação com amigos. Observando também a questão 26 (Demonstro autocontrole em relação à comida) 46% (n=23) da amostra responderam “Nunca”. Evidenciando um descontrole alimentar, colocando as atitudes em risco para compulsão e purgação, encontradas na tabela 5 a seguir.

Tabela 5 - Frequência e proporção de ocorrência de respostas às questões relativas aos itens que focalizam o Teste de Atitudes Alimentares – EAT – 26.

(Continua)

QUESTÃO	S		MF		F		AV		R		N	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. Costumo fazer dieta	3	6	1	2	2	4	11	22	10	20	23	46
2. Como alimentos dietéticos	3	6	2	4	2	4	15	30	5	10	23	46
3. Sinto-me mal após comer doces	3	6	3	6	1	2	9	18	7	14	27	54
4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes	22	44	2	4	4	8	9	18	6	12	7	14
5. Evito alimentos que contenham açúcar	1	2	-	-	2	4	5	10	10	20	32	64
6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.).	4	8	-	-	1	2	9	18	9	18	27	54
7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).	16	32	4	8	-	-	4	8	3	6	23	46
8. Gosto de estar com o estômago vazio	2	4	1	2	3	6	5	10	3	6	36	72
9. Quando faço exercício penso em queimar calorias	25	50	1	2	3	6	6	12	1	2	14	28
10. Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer	6	12	4	8	2	4	5	10	6	12	27	54
11. Fico apavorado (a) com o excesso de peso	19	38	3	6	4	8	5	10	2	4	17	34
12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo	18	36	4	8	2	4	5	10	5	10	16	32
13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como	6	12	2	4	2	4	6	12	7	14	27	54
14. Tenho vontade de vomitar após as refeições	3	6	-	-	1	2	6	12	6	12	34	68
15. Vomito depois de comer	2	4	-	-	-	-	-	-	4	8	44	88
16. Já passei por situações em que comi demais achando que	5	10	5	10	2	4	4	8	7	14	27	54

não ia conseguir parar

Tabela 5 - Frequência e proporção de ocorrência de respostas às questões relativas aos itens que focalizam o Teste de Atitudes Alimentares – EAT – 26.

(Conclusão)

QUESTÃO	S		MF		F		AV		R		N	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
17. Passo muito tempo pensando em comida	14	28	4	8	6	12	7	14	5	10	14	28
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida	7	14	5	10	3	6	7	14	7	14	21	42
19. Sinto que a comida controla a minha vida	10	20	1	2	1	2	7	14	7	14	24	48
20. Corto minha comida em pedaços pequenos	3	6	5	10	1	2	6	12	7	14	28	56
21. Levo mais tempo que os outros para comer	10	20	2	4	4	8	10	20	9	18	15	30
22. As outras pessoas acham que sou magro (a) demais	4	8	-	-	1	2	3	6	8	16	34	68
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais	5	10	1	2	1	2	4	8	3	6	36	72
24. Sinto que os outros me pressionam a comer	4	8	-	-	3	6	1	2	6	12	36	72
25. Evito comer quando estou com fome	2	4	1	2	-	-	1	2	2	4	44	88
26. Demonstro autocontrole em relação à comida	10	20	2	4	4	8	6	12	5	10	23	46

Fonte: Elaboração própria.

No estudo de Dunker, Fernandes e Carreira Filho (2009), analisaram alunas de uma escola pública da cidade de SP em relação aos sintomas de anorexia e bulimia. As adolescentes de escolas públicas teriam maiores comportamentos de risco para esta

doença apresentando uma excedente preocupação em perder de peso, quando comparadas as de escola privada.

Ao analisar 191 universitárias Bossi e outros (2008) encontraram comportamento alimentares anormais com 87,7% (n=35) de EAT (+) e constante vontade de estar sempre magras.

Segundo Adams (1977), citado por Saikali e colaboradores (2004), quanto a insatisfação com o corpo, concluíram que a sociedade exerce uma diferenciação em indivíduos menos envolvente fisicamente, trazendo um sentimento de baixa auto-estima, principalmente em relação à forma física.

No trabalho de Souto e Bucher (2006) admitiram que com a prática de dietas e a eliminação de alguns alimentos do hábito alimentar, classificando-os como “proibidos”, aumentam-se as chances de interromper tal restrição trazendo sentimentos como a frustração e falta de convicção no próprio indivíduo com distúrbios alimentares.

Encontra-se na tabela 6, a seguir, as distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I de adolescentes comparando a pergunta do EAT-26 de número 3 (Sinto-me mal após comer doces), onde 10% (n= 5) das adolescentes que apresentaram IMC/I adequado responderam “Sempre” com 4% (n=2), “Muito Frequentemente” com 4% (n=2) e “Frequentemente” com 2% (n=1).

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,767 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Sinto-me mal após comer doces”.

Tabela 6 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Sinto-me mal após comer doces”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Sinto-me mal após comer doces	Sempre	Frequência	2	1	0	3
		% doTotal	4,0%	2,0%	,0%	6,0%
	Muito Frequente	Frequência	2	1	0	3
		% doTotal	4,0%	2,0%	,0%	6,0%
	Frequente	Frequência	1	0	0	1
		% doTotal	2,0%	,0%	,0%	2,0%
	As Vezes	Frequência	7	0	2	9
		% doTotal	14,0%	,0%	4,0%	18,0%
	Raramente	Frequência	5	0	2	7
		% doTotal	10,0%	,0%	4,0%	14,0%
	Nunca	Frequência	16	5	6	27
		% doTotal	32,0%	10,0%	12,0%	54,0%
	Total	Frequência	33	7	10	50
		% doTotal	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%

Teste Exato de Fisher's :7,027, valor-p: 0,767

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 7 estão representadas as distribuições de freqüências observadas, segundo o IMC/I de adolescentes comparando a pergunta do EAT-26 de número 5 (Evito alimentos que contenham açúcar), 4% das adolescentes com IMC/I adequado responderam “Sempre”. A saber, 2% (n=1) responderam “Sempre” e 2% (n=1) responderam “Frequentemente”. Das adolescentes com IMC/I de sobrepeso somente 2% (n=1) responderam “Frequentemente”. Na análise desta questão não foi encontrado a resposta “Muito Frequentemente”.

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,850 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Evito alimentos que contenham açúcar”.

Tabela 7 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Evito alimentos que contenham açúcar”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Evito alimentos que contenham açúcar	Sempre	Frequência	1	0	0	1
		% do Total	2,0%	,0%	,0%	2,0%
	Frequente	Frequência	1	1	0	2
		% do Total	2,0%	2,0%	,0%	4,0%
	As Vezes	Frequência	4	0	1	5
		% do Total	8,0%	,0%	2,0%	10,0%
	Raramente	Frequência	6	1	3	10
		% do Total	12,0%	2,0%	6,0%	20,0%
	Nunca	Frequência	21	5	6	32
		% do Total	42,0%	10,0%	12,0%	64,0%
	Total	Frequência	33	7	10	50
		% do Total	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%

Teste Exato de Fisher's : 4,837, valor-p: 0,850

Fonte: Elaboração própria.

Exposta na tabela 8 a representação da distribuição de freqüências observadas, segundo IMC/I na pergunta do EAT-26 de número 7 (Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro (a)), 20% (n=10) das adolescentes com IMC/I adequado responderam “Sempre” e 6% (n=3) responderam “Muito Frequentemente”. A resposta “Frequentemente” não foi encontrada nesta questão, não sendo mencionada.

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,452 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro (a)”.

Tabela 8- Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Estou preocupado (a) com o desejo de ser mais magro (a)”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).	Sempre	Frequência	10	4	2	16
		% do Total	20,0%	8,0%	4,0%	32,0%
	Muito Frequente	Frequência	3	1	0	4
		% do Total	6,0%	2,0%	,0%	8,0%
	As Vezes	Frequência	3	0	1	4
		% do Total	6,0%	,0%	2,0%	8,0%
	Raramente	Frequência	1	0	2	3
		% do Total	2,0%	,0%	4,0%	6,0%
	Nunca	Frequência	16	2	5	23
		% do Total	32,0%	4,0%	10,0%	46,0%
	Total	Frequência	33	7	10	50
		% do Total	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%

Teste Exato de Fisher's :7,071, valor-p: 0,452

Fonte: Elaboração própria.

A seguir na tabela 9, está representada a distribuição de freqüências observadas, segundo IMC/I na pergunta do EAT-26 de número 8 (Gosto de estar com o estômago vazio), 2% (n=1) responderam “Sempre”, 4% (n=2) responderam “Frequentemente” com IMC/I adequado, sendo um total de 6% (n=3) da amostra. Das adolescentes com IMC/I de sobrepeso 2% (n=1) responderam “Sempre” e 2% (n=1) responderam “Muito Frequentemente”. Com IMC/I de obesidade somente 2% (n=1) responderam “Frequentemente”.

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,376 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Gosto de estar com o estômago vazio”.

Tabela 9 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Gosto de estar com o estômago vazio”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Gosto de estar com o estômago vazio	Sempre	Frequência	1	1	0	2
		% doTotal	2,0%	2,0%	,0%	4,0%
	Muito Frequente	Frequência	0	1	0	1
		% doTotal	,0%	2,0%	,0%	2,0%
	Frequente	Frequência	2	0	1	3
		% doTotal	4,0%	,0%	2,0%	6,0%
	As Vezes	Frequência	5	0	0	5
		% doTotal	10,0%	,0%	,0%	10,0%
	Raramente	Frequência	2	0	1	3
		% doTotal	4,0%	,0%	2,0%	6,0%
	Nunca	Frequência	23	5	8	36
		% doTotal	46,0%	10,0%	16,0%	72,0%
Total		Frequência	33	7	10	50
		% doTotal	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%

Teste Exato de Fisher's :9,599, valor-p: 0,376

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 10 a seguir estão expostas as distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I de adolescentes comparando a pergunta do EAT-26 de número 10 (Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer), das adolescentes com IMC/I adequado 8% (n=4) responderam “Sempre”, 4% (n=2) responderam “Muito Frequente” e 2% (n=1) responderam “Frequente”. Totalizando 14% com peso adequado. Das adolescentes com IMC/I em sobrepeso 4% (n=2) responderam “Sempre” e 2% (n=1) responderam “Muito Frequentemente”. Com IMC/I de obesidade 2% (n=1) responderam “Muito Frequentemente” e 2% (n=1) responderam “Frequentemente”.

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,799 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer”.

Tabela 10 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Sinto-me extremamente culpado (a) depois de comer”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer	Sempre	Frequência	4	2	0	6
		% do Total	8,0%	4,0%	,0%	12,0%
	Muito Frequente	Frequência	2	1	1	4
		% do Total	4,0%	2,0%	2,0%	8,0%
	Frequente	Frequência	1	0	1	2
		% do Total	2,0%	,0%	2,0%	4,0%
	As Vezes	Frequência	4	0	1	5
		% do Total	8,0%	,0%	2,0%	10,0%
	Raramente	Frequência	4	1	1	6
		% do Total	8,0%	2,0%	2,0%	12,0%
	Nunca	Frequência	18	3	6	27
		% do Total	36,0%	6,0%	12,0%	54,0%
	Total	Frequência	33	7	10	50
		% do Total	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%

Teste Exato de Fisher's :6,476, valor-p: 0,799

Fonte: Elaboração própria.

A representação das distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I de adolescentes comparando a pergunta do EAT-26 de número 14 (Tenho vontade de vomitar após as refeições), das adolescentes com IMC/I adequado 4% (n=2) responderam “Sempre”. Das adolescentes com IMC/I de sobrepeso 2% (n=1) responderam “Sempre” e IMC/I de obesidade 2% (n=1) responderam “Frequentemente”. A resposta “Muito Frequentemente” não foi encontrada nesta questão, não sendo assim apresentada (Tabela11).

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,273 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Tenho vontade de vomitar após as refeições”.

Tabela 11 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Tenho vontade de vomitar após as refeições”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Tenho vontade de vomitar após as refeições	Sempre	Frequência	2	1	0	3
		% do Total	4,0%	2,0%	,0%	6,0%
	Frequente	Frequência	0	0	1	1
		% do Total	,0%	,0%	2,0%	2,0%
	As Vezes	Frequência	4	2	0	6
		% do Total	8,0%	4,0%	,0%	12,0%
	Raramente	Frequência	4	0	2	6
		% do Total	8,0%	,0%	4,0%	12,0%
	Nunca	Frequência	23	4	7	34
		% do Total	46,0%	8,0%	14,0%	68,0%
	Total	Frequência	33	7	10	50
		% do Total	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%

Teste Exato de Fisher's :8,684, valor-p: 0,273

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 12 representa as distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I de adolescentes comparando a pergunta do EAT-26 de numero 15 (Vômito depois de comer). Das adolescentes com IMC/I adequado 2% (n=1) responderam “Sempre”. As respostas nesta questão (18) “Muito Frequentemente”, “Frequentemente” e “Às Vezes” não foram encontradas, não sendo mencionadas. De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,481 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e Vômito depois de comer.

Tabela 12 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Vômito depois de comer”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Vômito depois de comer	Sempre	Frequência	2	0	0	2
		% do Total	4,0%	,0%	,0%	4,0%
	Raramente	Frequência	2	0	2	4
		% do Total	4,0%	,0%	4,0%	8,0%
	Nunca	Frequência	29	7	8	44
		% do Total	58,0%	14,0%	16,0%	88,0%
Total	Frequência	33	7	10	50	
	% do Total	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%	

Teste Exato de Fisher's :2,870, valor-p: 0,481

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 13 representa as distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I das adolescentes comparando a pergunta do EAT-26 de numero 19 (Sinto que a comida controla minha vida). Das adolescentes com IMC/I adequado 6% (n=3) responderam “Sempre”, 2% (n=1) responderam “Muito Frequentemente”. As adolescentes com IMC/I de sobrepeso 2% (n=1) responderam “Sempre” e 2% (n=1) responderam “Frequentemente” e das adolescentes com IMC/I de obesidade 6% (n=3) responderam “Sempre”.

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,140 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Sinto que a comida controla a minha vida”.

Tabela 13 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Sinto que a comida controla a minha vida”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Sinto que a comida controla a minha vida	Sempre	Frequência	6	1	3	10
		% do Total	12,0%	2,0%	6,0%	20,0%
	Muito Frequente	Frequência	1	0	0	1
		% do Total	2,0%	,0%	,0%	2,0%
	Frequente	Frequência	0	1	0	1
		% do Total	,0%	2,0%	,0%	2,0%
	As Vezes	Frequência	4	3	0	7
		% do Total	8,0%	6,0%	,0%	14,0%
	Raramente	Frequência	4	1	2	7
		% do Total	8,0%	2,0%	4,0%	14,0%
	Nunca	Frequência	18	1	5	24
		% do Total	36,0%	2,0%	10,0%	48,0%
Total	Frequência	33	7	10	50	
	% do Total	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%	

Teste Exato de Fisher's :13,154, valor-p: 0,140

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 14 representa as distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I de adolescentes comparando a pergunta do EAT-26 de numero 26 (Demonstro autocontrole em relação à comida). Do grupo estudado que apresentaram IMC/I adequado 10% (n=5) responderam “Sempre”, 2% (n=1) “Muito Frequentemente” e 4% (n=2) responderam “Frequentemente”. As adolescentes com IMC/I de sobrepeso 6% (n=3) responderam “Sempre” e 2% (n=1) responderam “Frequentemente”. As que apresentaram um IMC/I de obesidade 4% (n=2) responderam “Sempre”, 2% (n=1) responderam “Muito Frequentemente” e 2% (n=1) responderam “Frequentemente”.

De acordo a probabilidade de significância ($p = 0,442 > 0,05$), verifica-se que não há associação entre IMC/I e “Demonstro autocontrole em relação à comida”.

Tabela 14 - Distribuições de freqüências observadas, segundo IMC/I e “Demonstro autocontrole em relação à comida”.

		IMC/I			Total	
		Adequado	Sobrepeso	Obesidade		
Demonstro autocontrole em relação à comida	Sempre	Frequência	5	3	2	10
		% do Total	10,0%	6,0%	4,0%	20,0%
	Muito Frequente	Frequência	1	0	1	2
		% do Total	2,0%	,0%	2,0%	4,0%
	Frequente	Frequência	2	1	1	4
		% do Total	4,0%	2,0%	2,0%	8,0%
	As Vezes	Frequência	6	0	0	6
		% do Total	12,0%	,0%	,0%	12,0%
	Raramente	Frequência	5	0	0	5
		% do Total	10,0%	,0%	,0%	10,0%
	Nunca	Frequência	14	3	6	23
		% do Total	28,0%	6,0%	12,0%	46,0%
	Total	Frequência	33	7	10	50
		% do Total	66,0%	14,0%	20,0%	100,0%

Teste Exato de Fisher's: 9,042, valor-p: 0,442

Fonte: Elaboração própria.

Alves e outros (2008) ao analisarem, em adolescentes, os sintomas da anorexia nervosa notaram que a decepção com a figura corporal seria o crescente elemento de risco para o desenvolvimento de tais sintomas. Trazendo atitudes para conseguir medidas antropométricas que levam a magreza.

Costa e Vasconcelos (2010) ao estudarem 254 universitárias, ente a fase da adolescência e idade adulta, encontraram uma crescente insatisfação em estudantes eutróficas como naquelas com excesso de peso. As que demonstraram baixo peso estavam mais felizes com a imagem corporal, com relação às com obesidade mostraram de todos os grupos, o com maior aborrecimento com a imagem corporal.

Braga, Molina e Cade (2007) abordaram 43 adolescentes, de ambos os sexos com idades de 14 a 17 anos. Do total da amostra 84% apresentaram decepção com a forma corporal, demonstrando baixa auto-estima e desejo de mudança nos aspectos físicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi abordado e exibido no referido estudo sobre transtorno alimentar, conclui-se que comportamentos inadequados estão cada vez mais evidentes para tal doença na população, principalmente entre mulheres jovens e adolescentes, colocando-as como grupo de risco.

A avaliação do estado nutricional da amostra mostrou que a maioria encontrava-se em estado de eutrofia com 66% das adolescentes, e 34% da amostra com excesso de peso (14% com sobrepeso e 20% com obesidade). Em relação aos resultados dos questionários EAT-26 foi demonstrado que 38% das adolescentes apresentaram em escore acima de 20 pontos evidenciando comportamento de risco para transtorno alimentar.

Quando se perguntou sobre a insatisfação com a forma física, 38% da amostra responderam que sempre ficam apavoradas com o excesso de peso, atribuindo a esse grupo estudado a preocupação com a forma corporal e o medo doentio de ganho de peso, sintomas encontrados nos transtornos da alimentação, segundo a literatura estudada.

Em fim, os transtornos alimentares vêm acometendo indivíduos na fase da adolescência e na maioria dos casos de forma silenciosa, onde se esconde até mesmo da família. O diagnóstico precoce garante um melhor entendimento dos sintomas e melhora na qualidade de vida dos pacientes e familiares. Este trabalho por sua vez, vem salientar a importância do profissional nutricionista para uma abordagem adequada dos sintomas e tratamento nutricional individualizado nos distúrbios alimentares, tanto na equipe multidisciplinar como também na atenção básica de saúde, com a educação alimentar para que a prevenção da doença mencionada no decorrer deste estudo seja efetiva.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N de; CANGELLI, FILHO R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo- construtivista de psicoterapia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.31, n. 4, p. 177-183, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22405.pdf>. Acesso em: 13/06/2013.
- ALBANO, R. D; SOUZA, S. B. de. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola publica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 6, p. 512-516, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n6/v77n6a15.pdf>. Acesso em: 13/06/2013.
- ALVARENGA, M; LARINO M. A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24 (Supl III), p.39-43, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13970.pdf>>. Acesso em: 13/06/2013.
- ALVARENGA, M. S. dos; SCAGLIUSI, F. B. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.5, p.907-918, set./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n5/a20v23n5.pdf>>. Acesso em: 03/09/2013.
- 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, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300004>. Acesso em: 02/04/2013.
- AMORAS, D. H. et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas complicações na cavidade bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v.39, n.4, p241-245, jul/ago. 2010. Disponível em; <<file:///C:/Users/Andre/Desktop/ARTIGOS/v39n4a09.pdf>>. Acesso em: 15/04/2014.
- ARAÚJO, M. C. et al. Elaboração de questionário de frequência alimentar semiquantitativo para adolescentes da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Nutrição de Campinas**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.179-189, março/abr, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000200001&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 31/05/2014.
- APPOLINÁRIO, J. C; CLAUDINO A. M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22(Supl II), p.28-31, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3793.pdf>>. Acesso: 02/04/2013.
- AZEVEDO, A. P. de; PAPELBAUM, M; D'ELIA, F. Diabetes e transtornos alimentares: uma associação de alto risco. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24(SuplIII), p.77-80, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13978.pdf>>. Acesso em: 29/05/2014.

BALATA, P. et al. A bulimia nervosa como fator de risco para distúrbios da voz: artigo de revisão. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.74, n.3, p.447-451, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v74n3/21.pdf>>. Acesso em: 13/05/2014.

BORGES, N. J. B. G. et al. Transtornos alimentares: quadro clínico. Simpósio: Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas, Capítulo IV **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, jul./ set. 2006. Disponível em:<http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n3/4_transtornos_alimentares_quadro_clinico.pdf>. Acesso em: 02/04/2013.

BOSSI, M. L. M. et al. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.1, p.28-33, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a06.pdf>>. Acesso em: 31/05/2014.

BRAGA, P.D; MOLINA, M. C. B. Del; CADE, N. V. Expectativas de adolescentes em relação a mudanças do perfil nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n5, p.1221-1228, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n5/13.pdf>>. Acesso em: 21/05/2014.

BRAGGION, G. F; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. Consumo alimentar, atividade física e percepção da aparência corporal em adolescentes.**Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, Brasília, v. 8, n.1, p.15- 21, jan. 2000. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Biologia/artigos/consalimantar.pdf>. Acesso em: 05/09/2013.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eatinf Atitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto- SP**. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2003. Disponível em: <[file:///C:/Users/Andre/Downloads/tese%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Andre/Downloads/tese%20(2).pdf)>. Acesso em: 31/03/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Vigilância Alimentar e Nutricional**: orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde. Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 20/05/2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p.163-177, jan/mar, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 14/10/2013.

CALDEIRA, T. H; NÁPOLE, R. C. O; BUSSE S. R de. Bulimia nervosa e suas alterações odontológicas. **Pediatr Mod**, v.35, n.5, p.288- 296, 1999. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=944>. Acesso em: 31/05/2014.

COSTA, L. C. F. da; VASCONCELOS, F. A. G. de. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.4, p.665-676, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2010000400011&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 18/10/2013.

COSTA, M. C. D. et al. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no município de Cascavel, estado do Paraná, Brasil. **Epidemiologia Serviço de Saúde**, Brasília, v.20, n.3, p.355-361, jul/set. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n3/v20n3a10.pdf>>. Acesso em: 31/05/2014.

CHIODINI, J. S; OLIVEIRA, M. R. M. de. Comportamento alimentar de adolescentes: aplicação de EAT-26 em uma escola pública. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v.5, n. 9, p. 53-58, 2003. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude09art07.pdf>>. Acesso em: 15/03/2014.

DAMASCENO, M. L. Transtornos alimentares: conseqüências da busca do corpo magro e desempenho esportivo. **Revista Hórus**, v.4, n.1, p.254- 271, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.faeso.edu.br/horus/cienciasdasaude/15.pdf>>. Acesso em: 20/05/2014.

DUNKER, K. L.L; FERNANDES, C. P. B; CARREIRA, FILHO, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 3, p. 156-161, set, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852009000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 02/04/2013.

DUNKER, K. L.L; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamento alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 51- 60, jan/mar, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a05v16n1.pdf>>. Acesso em: 05/09/2013.

FRANCA, C. R. N; SILVA, A. P. M. da. Evitando a síndrome da realimentação. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.21, n.2, p.138-143, 2006. Disponível em: <<http://www.nutricritical.com.br/core/files/figuras/file/artigo%2022%20de%20abril.pdf>>. Acesso em: 26/05/2014.

FERNANDES, C. A.M. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares: um estudo em universitárias de uma instituição de ensino particular. **Arquivo de Ciencia e Saude Unipar**, Umuarama, v.11, n.1. p.33-38, jan/abr, 2007. Disponivem em: <<http://www.anorexiaebulimia.com/documents/TA.pdf>>. Acesso em: 14/05/2014.

FLEITLICH, B. W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, supl.3, p.323-329, 2000. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-S323/port.pdf>>. Acesso em: 15/05/2013.

FORTES, L. S. et al. Comportamento alimentar inadequado e insatisfação corporal em jovens nadadores em função de variáveis sociodemográficas. **Psicologia: teoria e prática**, Juiz de Fora, MG, v.14, n.3, p.123-133, 2012. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/3710/3857>>. Acesso em: 02/04/2013.

GATTI, R. R; RIBEIRO, R. P. P. Prevalência de excesso de peso em adolescentes segundo a maturação sexual. **Revista Salus-Guarapuava**, v.1, n.2, p.1727-1737, jul/dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n9/06.pdf>>. Acesso em: 31/05/2014.

GAUDIOSO, VILELA C. E. **Imagem corporal e comportamento alimentar em estudantes universitárias**. 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Psicologia da Saúde, Universidade Católica Dom Bosco de Campo Grande- MS, Mato Grosso do Sul, 2009. Disponível em: <http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp118479.pdf>. Acesso em: 26/05/2014.

GIORDANI, R. C. F. O corpo sentido e os sentidos do corpo anoréxico. **Revista de Nutrição**, Campinas,v.22, n.6, p.809-821, nov/dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600003>. Acesso em: 04/04/2013.

GONÇALVES, T. D. et al. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n.3, p.166-170, maio/jul, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/02.pdf>>. Acesso em: 05/09/2013.

GOMES, J. P. et al. Associação entre comportamento alimentar, consumo de cigarro, drogas e episódios depressivos em adolescentes. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 755-762, set/ out, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000500006&script=sci_arttext>. Acesso em: 04/05/2013.

KANESCHIMA-SOUZA, A. M. de.et al. Identificação de distúrbios da imagem corporal e comportamentos favoráveis da bulimia nervosa em adolescentes de uma Escola Pública do Ensino Médio de Maringá, Estado do Paraná.**Acta Sci. Health Sci.**,Maringá, v. 30, n. 2, p.167- 173, 2008. Disponível em: <

KRAVCHYCHYN, A. C. P; SILVA D. F. da; MACHADO F. A. Relação entre o estado nutricional, adiposidade corporal, percepção de autoimagem corporal e risco para transtornos alimentares em atletas de modalidades coletivas do gênero feminino. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.27, n.3, p.459-466, jul/set. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v27n3/v27n3a12.pdf>>. Acesso em: 18/10/2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 31/05/2014.

JAEGER, M. A. S. da; SEMINOTTI N; FALCETO O. G. O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.33, n.1, p.20-27, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n1/1155.pdf>>. Acesso em: 02/04/2014.

LATTERZA, A. R. et al. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.173-176, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22404.pdf>>. Acesso em: 05/05/2014.

LEAL, G. V. S. da. et al. O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 1, p. 62-75, out, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n1/09.pdf>>. Acesso em 26/03/2014.

MAGALHÃES, V. M; MENDONÇA G. A. S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n.3, p.236-245, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 03/09/2013.

MARTINS, C. R. et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.32, n.1, p.19-23, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n1/v32n1a04.pdf>>. Acesso em: 14/05/2014.

MOMENTI, C. M. S. Fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares em alunas de uma academia de ballet. **Revista ENAF(Encontro Nacional de Atividade Física) Science**, v.5, n.2, p.94- 101, 2010. Disponível em: <http://www.enaf.com.br/novosite/revista_cientifica/revista_congresso_cientifico_2010_02.pdf#page=94>. Acesso em: 20/05/2014.

MOREIRA, L. A. C; OLIVEIRA I. R. de. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Salvador- Bahia, v. 57, n.3, p. 161-165, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/01.pdf>>. Acesso em: 04/05/2013.

NICOLETTI, M. et al. Grupo psicoeducativomultifamiliar no tratamento do transtorno alimentar na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.1, p.217-223, jan/mar, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722010000100023&script=sci_arttext>. Acesso em: 04/04/2013.

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, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100006>. Acesso em: 03/09/2013.

OLIVEIRA, D. V. de; ALVES, K. M. de; BARBOSA, C. B. Prevalência de transtornos alimentares em adolescentes praticantes de ballet clássico. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v.11, n.1, p. 171-187, jan/mar. 2013. Disponível em:

<<http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/viewFile/822/pdf>>. Acesso em: 15/05/2014.

OLIVEIRA, F. C. et al. Sintomas de Anorexia e bulimia, insatisfação corporal e associação com adiposidade em adolescentes. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, Juiz de Fora, MG, v.11, n.5, p.137-144, set, 2012. Disponível em:

<<http://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-11/Vol11n5-2012/Vol11n5-2012-pag-137a144/Vol11n5-2012-pag-137a144.pdf>>. Acesso em: 02/04/2013.

OLIVEIRA, F. P. de. et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Rio de Janeiro, v.9, n.6, p.348-356, nov/dez. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v9n6/18934.pdf>>. Acesso em: 03/09/2013.

OLIVEIRA, L.L; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: O papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n.3, p.575-582, jul./set. 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a15>>. Acesso em: 27/03/2013.

PENTEADO, C. P. G. et al. Avaliação do perfil nutricional de adolescentes com risco para transtornos alimentares. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.12-20, jul/ set, 2012. Disponível em:

<http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=326>. Acesso em: 17/06/2013.

PENZ, L. R; BOSCO, S. M. D; VIEIRA, J. M. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. **Revista de Ciência Médica**, Porto Alegre, v.18, n.3, p.124-128, jul/set, 2008. Disponível

em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/2235/3275>>. Acesso em: 05/09/2013.

PIRES, R. et al. Rastreamento da freqüência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Revista Médica**, v.89, n.2, p.115-123, abr/jun, São Paulo, 2010. Disponível em:

<[file:///C:/Users/Andre/Downloads/46283-55423-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Andre/Downloads/46283-55423-1-PB%20(4).pdf)>. Acesso em: 02/04/2014.

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

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22399.pdf>>. Acesso em: 31/03/2014.

RIBEIRO, L. GUIMARÃES. **Comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais**. 2007. 96 f. Dissertação (Mestre em Nutrição) – Centro de Ciências da Saúde Instituição de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:

<http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp096721.pdf>. Acesso em: 26/05/2014.

RIBEIRO, R. S. F; RODRIGUES, E. L. Avaliação do estado nutricional de adolescentes matriculados em um centro educacional de São José dos Campos. **Revista Univap. De São José dos Campos**, São Paulo, v.13, n.24, out. 2009. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0358_1070_01.pdf>. Acesso em: 31/05/2014.

RIBEIRO, R. P. P; SANTOS, P. C. M. dos; SANTOS, J. E. dos. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.31, p.45-53, jan./mar. 1998. Disponível em:<http://revista.fmrp.usp.br/1998/vol31n1/disturbios_conduta_alimentar.pdf>. Acesso em: 02/04/2014.

ROMANO, R. A; ITOKAZU, F. M. Bulimia nervosa: revisão de literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.15, n.2, p.407-412, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14363.pdf>>. Acesso em: 05/09/2013.

ROSA, C. S; GOMES, I. M. S; RIBEIRO, R. L. Transtornos alimentares: uma análise abrangente em acadêmicos de nutrição. **Saúde e Ambiente em Revista**, Duque de Caxias- RJ, v.3, n.2, p.41-47, jul-dez. 2008. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/sare/article/viewFile/337/533>>. Acesso em: 14/05/2014.

SÁ, M. de. **Anorexia nervosa: definição, diagnóstico e tratamento**. 2012. 29p. Monografia- Primeiro Ciclo em Ciências da Nutrição, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade de Porto, Porto, 2012. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68853/2/11766.pdf>>. Acesso em: 21/05/2014.

SAIKALI, C. J. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.164-166, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22401.pdf>>. Acesso em: 01/06/2014.

SANTOS, C. C. et al. A influência da cultura no comportamento alimentar dos adolescentes: uma revisão integrativa das produções em saúde. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.37-43, out/dez, 2012. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=343>. Acesso em: 31/05/2014.

SCHERER, F. C. et al. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p.198-202, jul, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300005>. Acesso em: 02/04/2013.

SCHMIDT, E; MATA, G. F. da. Anorexia nervosa: uma revisão. **Fractal, Revista de Psicologia**, v.20, n.2, p. 387-400, jul/dez. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1984-02922008000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09/04/2014.

SICCHIERI, J. M. F. et al. Manejo nutricional nos transtornos alimentares. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.3, p.371-374, jul/set. 2006. Disponível em:<<file:///C:/Users/Andre/Downloads/393-780-1-SM.pdf>>. Acesso em: 09/04/2014

SIGULEM, D. M; DEVINCENZI, M. U; LESSA, A. C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente, **Jornal de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.76, supl.3, p.275-284, 2000. Disponível em:<<file:///C:/Users/Andre/Desktop/ARTIGOS/Jornal%20de%20Pediatria%20-%20P%C3%A1gina%20de%20impress%C3%A3o.htm>>. Acesso em: 05/05/2014.

SILVA, B. L. O. de Souza e. **Distúrbios alimentares**: impacto na saúde oral. 2012. 58 f. Monografia (Mestre em Medicina Dentária) Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3460/7/T_18028.pdf. Acesso em: 15/05/2013.

SILVA, G. R. dos; CRUZ, N. R. da; COELHO, E. J. B. Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede pública no município de Ipatinga, MG. **NUTRIR GERAIS- Revista Digital de Nutrição**, v.2, n.3, Ipatinga, ago/dez., 2008. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume3/artigo_4_rng_perfil_nutricional.pdf>. Acesso em: 20/05/2013.

SILVA, K. P. da. et al. Transtornos alimentares: considerações clínicas e desafios do tratamento. **Infarma**, v.18, n.11/12, p.10-13, 2006. Disponível em: <<http://revistas.cff.org.br/seer/ojs-2.3.7/index.php/infarma/article/view/225>>. Acesso em: 31/03/2014.

SILVA, T. A. B. da. et al. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.61, n.3, p.154-158, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000300006&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 17/05/2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente**: Manual de orientação, São Paulo: SBP, Departamento de Nutrologia, 2009. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf>>. Acesso em: 19/05/2013.

SOPEZKI, D; VAZ, C. E. O impacto da relação mãe- filha no desenvolvimento da autoestima e nos transtornos alimentares. **Interação em Psicologia**, v.12, n.2, p.267-275, Curitiba, jul/dez, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/7831/10255>>. Acesso em: 31/03/2014.

SOUTO, S; BUCHER, J. S. N. F. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.6, p.693-704, nov /dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n6/05.pdf>>. Acesso em: 01/06/2014.

SOUZA, J. B; ENES, C. C. Influência do consumo alimentar sobre o estado nutricional de adolescentes de Sorocaba- SP. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.31, n1, p.65-70, jan/mar. 2013. Disponível em:<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01_janmar/V31_n1_2013_p65a70.pdf>. Acesso em: 31/05/2014.

SOUZA, L. D. de. **Sintomas de transtorno alimentar, insatisfação com a imagem corporal e consumo alimentar em meninas adolescentes de Florianópolis, SC.** 2012. 120 f. Dissertação (Pós-Graduação em Nutrição) Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103387/317478.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15/05/2014.

SOUZA, R. L. de. et al. Distúrbios alimentares e composição corporal de adolescentes da zona rural da cidade de Crato- CE. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v.11, n.3, p.77-84, 2012. Disponível em :<<https://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-11/Vol11n3-2012/Vol11n3-2012-pag-77a84/Vol11n3-2012-pag-77a84.pdf>>. Acesso em: 05/09/2013.

TORAL, N. et al. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.3, p.331-340, maio/jun. 2006. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13638/1/ARTIGO_ComportamentoAlimentarAdolescentes.pdf>. Acesso em: 18/05/2013.

VALE, A. M. O. do; KERR, R. L. S; BOSI, M. L. M. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, Ceará, v. 16, n.1, p. 121-132, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 04/05/2013.

VIEIRA, R. C. M. et al. Padrão antropométrico e consumo alimentar em uma amostra de adolescentes de 15 a 19 anos, **HU Revista**, Juiz de Fora- MG, v.34, n.4,p.249-255, out/dez. 2008. Disponível em: <<http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/178/177>>. Acesso em: 31/03/2014.

VILELA, J. E. M. et al. Transtornos alimentares em escolares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.1, p.49-54, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n1/v80n1a10.pdf>>. Acesso em: 02/04/2013.

VITOLLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

XIMENES, R. C. C. et al. Versão brasileira do “ BITE” para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.63, n.1, p.101-110, 2011. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v63n1/v63n1a07.pdf>>. Acesso em: 17/06/2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of antropometry. **Geneve**: WHO; 1995. (Technical Report Series 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, eight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). **Geneva**, Switzerland: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/>. Acesso em: 17/04/2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO**FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO****GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TÍTULO DA PESQUISA:** Transtornos Alimentares na Adolescência**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Dr. Alexandre Cardoso Aranzedo.**JUSTIFICATIVA:** Devido ao aumento de transtornos alimentares na adolescência, principalmente no sexo feminino, vindo a comprometer o desenvolvimento físico, mental e social dos indivíduos acometidos.**OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:** Identificar os riscos para o desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes do sexo feminino de uma Escola Estadual de Ensino Médio e Técnico de Vila Velha- ES, através da aplicação de questionário específico para transtornos alimentares, e a medição do peso e altura das adolescentes com auxílio de balança e estadiômetro para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).**DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:** Os procedimentos previstos na presente pesquisa não promoverão desconforto ou risco aos participantes.**BENEFÍCIOS DA PESQUISA:** Esclarecer os sintomas a sociedade, familiares, professores e responsáveis para que o tratamento seja precoce, evitando agravamento dos casos de distúrbios alimentares.**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar o (a) pesquisador (a) Alexandre Cardoso Aranzedo, pelo telefone do trabalho 3331-8641 ou 3331- 8632. E também no endereço Av. Vitória, 950, Forte São João. Vitória – ES. Cep: 29017-950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓSINFORMAÇÃO

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº. _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida. Livremente expresse meu consentimento para inclusão, como responsável legal do sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

_____/_____/_____/_____ Impressão Dactiloscópica
(p/ analfabeto)

Assinatura do Responsável Legal

Data

_____/_____/_____/_____ Data
Assinatura do Responsável pelo Estudo

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

17. Passo muito tempo pensando em comida.

18. Acho-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 a comer.

25. Evito comer quando estou com fome.

26. Demonstro autocontrole em relação à comida.

Fonte: CORDÁS; NEVES, 1999.