

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE**

LUCIANA CARLA BEZERRA DA CÂMARA

34352
FARN
BIBLIOTECA
Módulo 8
3.01.11

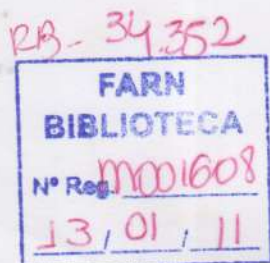
**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
EM ADOLESCENTES BAILARINOS DE NATAL/RN**

Monografia de
Luciana Carla Bezerra da Câmara
Bacharel em Nutrição
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
Natal, RN, 2010.

NATAL/RN

2010

M
61239
C 173 ~
2010
EX-01



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Câmara, Luciana Carla Bezerra da

Avaliação do Estado Nutricional e Percepção da Imagem Corporal em Adolescentes Bailarinos de Natal/RN / Luciana Carla Bezerra da Câmara. – Natal: FARN, 2010.
58f.

Orientador: Bruna Leal Lima (Msc.)

Monografia (Bacharel em Nutrição) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Transtornos Alimentares – Monografia. 2. Imagem Corporal – Adolescência – Monografia. 3. Hábitos Alimentares – Adolescência – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616.89-008.441.42

LUCIANA CARLA BEZERRA DA CÂMARA

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
EM ADOLESCENTES BAILARINOS DE NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação de Nutrição da
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento
do Rio Grande do Norte, como requisito
obrigatório para obtenção do grau de
Nutricionista.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Bruna Leal Lima Maciel

NATAL/RN

2010

LUCIANA CARLA BEZERRA DA CÂMARA

**AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
EM ADOLESCENTES BAILARINOS DE NATAL/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Graduação de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Nutricionista.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Bruna Leal Lima Maciel, Ms.

Orientadora

Bianca Arnoud Rodrigues, Esp.

Valtêmia Porpino Gomes Costa, Ms.

"Devemos aproveitar o alimento na medida em que precisamos dele, fazendo escolhas saudáveis e em porções apropriadas, lembrando que, ao fazê-lo, honramos a Deus, que escolheu nosso corpo como templo."

(1 Co 6.19)

RESUMO

Os transtornos alimentares compõem patologias complexas, com alto grau de morbidade, especialmente na adolescência, quando frequentemente iniciam e afetam ampla e severamente o desenvolvimento do indivíduo. Uma das explicações para o aumento da incidência dos transtornos alimentares pode ser a pressão social, principalmente em grupos considerados vulneráveis como as meninas adolescentes e as mulheres que trabalham com a imagem corporal como no caso de modelos e bailarinas. O objetivo desse trabalho foi avaliar o estado nutricional e percepção da imagem corporal em adolescentes bailarinos de Natal/RN. No período de Abril de 2010 participaram da amostra 25 adolescentes praticantes de ballet clássico os quais foram selecionados de forma aleatória através do IMC/idade, questionário EAT-26 e pela identificação da figura da silhueta corpórea, sendo essa última realizada pelo próprio autor da pesquisa, tratando-se de uma auto-avaliação. Os resultados do presente estudo mostram que a maioria dos avaliados são do sexo feminino (96%), com faixa etária predominante entre 10 e 12 anos de idade (32% e 24%, respectivamente). Em relação ao IMC, a maioria dos adolescentes encontravam-se eutróficos para idade (80%), no entanto, a maioria gostaria de apresentar um corpo mais magro (44%), e 91% dos adolescentes que se viam com sobrepeso, estavam na realidade eutróficos segundo o IMC. No resultado do EAT-26 observou-se risco para transtornos alimentares em 12% dos avaliados, sendo 100% com até 15 anos de idade, o que é preocupante, devido à influência da mídia e da sociedade na formação dos adolescentes, especialmente os mais novos. Os dados demonstram a existência de percepção alterada da imagem corporal e risco para transtornos alimentares em considerável parcela da população estudada. Pensando nisso recomenda-se o incentivo a uma alimentação de qualidade, que contribua para que o adolescente adquira bons hábitos alimentares e os mantenha por toda a vida.

Palavras-chave: transtornos alimentares, adolescentes, imagem corporal.

ABSTRACT

Eating disorders comprise complex pathologies with a high degree of morbidity, especially in adolescence, when they start and often broad and severely affect the development of the individual. One explanation for the increased incidence of eating disorders may be social pressure, especially in vulnerable groups considered as teenage girls and working women with body image as in the case of models and dancers. The aim of this study was to evaluate the nutritional status and body image perceptions in adolescents dancers of Natal. In the period April 2010 25 adolescents participated in the sample classical ballet practitioners who were randomly selected based on BMI / age, EAT-26 questionnaire and by identification of the figure's body silhouette, and this held last held by the author of research, in the case of a self-assessment. The results of this study show that most valued are female (96%), with the predominant age between 10 and 12 years of age (32% and 24% respectively). Regarding BMI, the majority of adolescents were eutrophic to age (80%), however, most would like to present a leaner body (44%), and 91% of teens who saw themselves as overweight, were in reality eutrophic according to BMI. On results of the EAT-26 was observed risk for eating disorders in 12% of those assessed, 100% up to 15 years old, which is worrying because of the influence of media and society in the formation of adolescents, especially those new. Data show the existence of altered perception of body image and risk for eating disorders in a considerable proportion of the population studied. Thinking about it is recommended the encouragement of quality food to help the teen get good eating habits and keep them for life.

Keywords: eating disorders, adolescents, body image.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por cada vitória ao longo do curso, por cumprir todas as promessas e pelos milagres que realiza a cada dia em minha vida. Aos meus pais, Carlos e Edite e a minha irmã Mariana, pelo amor, pelo carinho nos momentos tristes e felizes, pela dedicação e compreensão, por terem acreditado em mim. Aos meus familiares, pelo carinho e incentivo a cada passo. Ao meu namorado Flávio, pelo carinho, apoio e compreensão em todos os momentos. Aos meus amigos por sempre estarem ao meu lado, nos bons e maus momentos. A todos aqueles que fizeram da minha formação vitórias pessoais, por amor a mim. A minha orientadora, Bruna Leal, pelo incentivo constante e pelo carinho com o qual conduziu esse trabalho junto a mim. A Pepita, por ter gentilmente me recebido na escola de balé e colaborado para realização deste trabalho. Aos adolescentes bailarinos por terem contribuído de forma muito agradável. E a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para realização desse trabalho.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição da população estudada por gênero -----	32
Gráfico 2.	Distribuição da população segundo o percentual de Índice de Massa Corpórea (IMC) para idade dos adolescentes avaliados -----	35
Gráfico 3.	Distribuição dos adolescentes analisados segundo percepção da imagem corporal pela figura corpórea (pesquisadores da Children Nutrition Research Center (CNRC)) -----	37
Gráfico 4.	Distribuição dos adolescentes avaliados segundo imagem da silhueta corpórea a qual o adolescente gostaria de parecer -----	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população estudada segundo idade ----- 33

Tabela 2. Distribuição da média e $\pm$ desvio padrão dos adolescentes 34
avaliados segundo sexo por idade -----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Pontos de corte para percentil estabelecidos para adolescentes --	29
Quadro 2.	Distribuição dos adolescentes avaliados conforme as médias e $\pm$ desvio padrão de peso, estatura e IMC -----	34
Quadro 3.	Distribuição dos adolescentes avaliados conforme presença de atitudes alimentares patológicas diagnosticadas por meio do EAT-26 (Garner e Garfinkel (1979)) -----	39
Quadro 4.	Distribuição dos adolescentes avaliados conforme presença de atitudes alimentares patológicas por meio do EAT-26 e faixa etária -----	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivo Específicos	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Avaliação do Estado Nutricional em Adolescentes	15
3.2 Imagem Corporal e Adolescência	16
3.3 Transtornos Alimentares na Adolescência	18
3.3.1 Anorexia Nervosa	20
3.3.2 Bulimia Nervosa	24
3.3.3 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica	26
4 METODOLOGIA	28
4.1 Tipo de Estudo	28
4.2 População Estudada	28
4.3 Avaliação do Estado Nutricional	28
4.4 Avaliação da Presença de Atitudes Alimentares Patológicas e da Percepção da Imagem Corporal	29
4.5 Análise Estatística	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 Avaliação do Estado Nutricional da População Estudada	32
5.2 Avaliação da Percepção da Imagem Corporal	36
6 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	54
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de saúde a adolescência é definida como idade entre 10 e 19 anos (TRAEBERT; MOREIRA, 2001). No início da adolescência, ocorrem transformações biológicas e as alterações na personalidade, no corpo como também na imagem mental, o que pode levar o adolescente a crer que sua imagem corporal está desproporcional à imagem idealizada (BRANCO; CINTRA; FISBERG citado por SILVA; CRUZ; COELHO, 2008).

Os adolescentes sofrem pressão da massa e, por vários motivos, não seguem uma alimentação adequada e orientada, ao contrário, muitos fazem dietas sem fundamentos que prejudicam seu organismo, levando a desordens metabólicas e risco de apresentar transtornos alimentares (BRANCO; CINTRA; FISBERG, 2006).

Os transtornos alimentares constituem patologias graves, complexas e com alto grau de morbidade, especialmente na adolescência, quando frequentemente iniciam e afetam ampla e severamente o desenvolvimento do indivíduo (PINZON; et al, 2004). Embora mais raros que os transtornos de conduta e os de ansiedade, os transtornos alimentares acometem cerca de 1% dos adolescentes, podendo chegar a consequências graves (alta morbidade). Além disso, são culpados por 1% a 18% da mortalidade na adolescência (STEINHAUSEN, 2002).

Uma das explicações para a incidência dos transtornos alimentares pode ser a pressão social, fazendo com que os indivíduos tenham um corpo cada vez mais magro, principalmente em grupos considerados vulneráveis como as meninas adolescentes e as mulheres cuja ocupação enfatiza a forma e o tamanho do corpo, como no caso de modelos e bailarinas (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Segundo Rodrigues et al, citado por Silva; Cruz; Coelho (2008), o sexo feminino representa 90% da população afetada e nos países industrializados, onde a magreza é valorizada, o problema é mais prevalente.

O medo exagerado da obesidade faz com que cada vez mais mulheres controlem o peso corporal, com o uso de dietas milagrosas, exercícios excessivos, laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas. Geralmente, o gênero feminino é o mais vulnerável à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos e, por isso, mais suscetíveis aos transtornos alimentares, representando 95% dos casos. As formas mais encontradas na literatura são: a

anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) (KIRSTEN; FRATTON; PORTA, 2009).

A AN é caracterizada por uma restrição alimentar auto-imposta, com jejum progressivo, com exclusão inicialmente dos alimentos calóricos, depois estendendo-se a outros tipos de alimentos (POLIVY; HERMAN citado por ALVARENGA; DUNKER, 2004).

A bulimia nervosa é caracterizada por uma grande e incontrolável ingestão de alimentos em um único momento, acompanhados por métodos de compensação inadequados como: vômitos auto induzidos, uso excessivo de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite, além de dietas inadequadas e prática excessiva de exercícios físicos (SAPOZNIK; DINIZ, citado por SILVA; CRUZ; COELHO, 2008).

O transtorno da compulsão alimentar periódica tem como principal característica a ingestão repetida de uma grande quantidade de alimentos, seguida da sensação de total perda de controle (COSTA; LAMELA, COSTA, 2009). Na compulsão alimentar o indivíduo come uma quantidade superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer no mesmo espaço de tempo, em circunstâncias similares (APA citado por ROMANO, PHILIPPI, 2004).

De acordo com alguns estudos, a distorção da percepção da imagem corporal e transtornos alimentares também podem ser encontrados em atletas de alto nível que se colocam ao lado das bailarinas como profissionais entre as populações de maior prevalência (TEIXEIRA et al., 2009).

Esses transtornos alimentares afetam principalmente adolescentes e adultos jovens, levando-os a prejuízos biopsicossociais e aumentando os índices de morbidade e mortalidade. Todos eles têm a mesma característica comum do medo excessivo de engordar, unido a compulsão por alimentos, com uma vontade enorme de emagrecer. E esse medo é consequência da pressão sofrida pelos adolescentes por influência da mídia, da sociedade, que dita um padrão de beleza muitas vezes inexistente, fazendo com que os adolescentes se privem de uma boa alimentação, levando-os a uma depleção nutricional para poder alcançar um padrão de beleza encontrado apenas em programas de computador. E que poderão resultar em sérios problemas, senão custar à própria vida. E como a adolescência é caracterizada por um período de crise na formação da personalidade do jovem, a adolescência é o período em que o indivíduo se encontra mais susceptível a eclosão de um transtorno alimentar em busca de um padrão onde ele possa se autoafirmar.

Levando em consideração todas as informações já citadas, o presente estudo tem como finalidade a verificação da auto-imagem corporal em adolescentes bailarinos bem como avaliação do seu estado nutricional e a presença de atitudes alimentares patológicas.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população estudada quanto ao gênero e faixa etária;
- Verificar a concordância entre o estado nutricional e a percepção da imagem corporal nos participantes estudados;
- Analisar o padrão de hábitos alimentares na amostra e avaliar a ocorrência de transtornos alimentares na população estudada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Avaliar o estado nutricional e a percepção da imagem corporal em adolescentes bailarinos de Natal/RN.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar a população estudada quanto ao gênero e faixa etária;
- Verificar a concordância entre o estado nutricional e a percepção da imagem corporal nos adolescentes estudados;
- Avaliar a presença de atitudes alimentares de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares na população analisada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO:

3.1 Avaliação do Estado Nutricional em Adolescentes

O estado nutricional representa o melhor indicador das necessidades alimentares do indivíduo e uma dieta balanceada é de suma importância para suprir as necessidades calóricas, protéicas, de vitaminas e minerais (ROCHA; NOVAES; NETTO, 2009).

A avaliação do estado nutricional tem como finalidade identificar os distúrbios nutricionais, permitindo uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo. Os métodos que podem ser utilizados para avaliação do estado nutricional são os métodos objetivos (antropometria, composição corpórea, parâmetros bioquímicos e consumo alimentar) e os métodos subjetivos (exame físico e avaliação global subjetiva) (CUPPARI, 2005).

A avaliação antropométrica é um dos métodos mais utilizados em estudos de avaliação nutricional, sendo considerada como um indicador positivo, refletindo o nível de saúde da população em estudo (YUNES & PRIMO, 1983).

Os indicadores empregados para a avaliação do estado nutricional na adolescência são os mesmos usados para crianças, no entanto os critérios de aplicação e a interpretação dos dados são mais complexos (VITOLO, 2008).

O indicador nutricional mais empregado em adolescentes e adultos é o índice de massa corpórea (IMC). O IMC é obtido quando se divide o peso, em quilogramas (kg), pela estatura, em metros, elevada ao quadrado e é expresso em Kg/m^2 (CUPPARI, 2005).

A prega tricipital também pode ser empregada em comparação com normas populacionais para calcular a porcentagem de gordura corporal. Estas medidas simples, quando realizadas por um profissional treinado, descrevem estimativas da composição corporal que auxiliam no acompanhamento e tratamento nutricional do adolescente (JACOBSON; EINSTEIN; COELHO, 1998).

Segundo Silva e Mura (2004), para avaliação do estado nutricional dos adolescentes, a OMS preconiza o uso do Índice de Massa Corporal (IMC), o qual deve ser avaliado conforme a idade e o sexo.

Devido às grandes variações físicas na adolescência acredita-se que o índice de massa corporal percentilar (IMC) seja um indicador adequado para avaliar o estado nutricional do adolescente, uma vez que reflete as mudanças na composição corporal (LIBERAL, 2003).

3.2 Imagem Corporal e Adolescência

O período da adolescência é caracterizado por um crescimento e desenvolvimento acelerados e abrange a faixa etária de 10 a 19 anos (RODRIGUES; FISBERG; CINTRA, 2005).

Na adolescência, ocorrem alterações da personalidade e biológicas simultaneamente, assim à medida que o corpo ganha nova forma, modifica-se a imagem mental que o adolescente tem de si mesmo, sendo essa imagem vista como desproporcional e estranha quando comparada a imagem idealizada, em relação ao que é imposto como padrão (BRANCO; CINTRA; FISBERG, 2006).

Entende-se por imagem corporal a capacidade de representação mental do próprio corpo levando em consideração cada indivíduo, podendo essa informação estar relacionada à estrutura, componentes psicológicos, físicos da imagem corporal, prazer ou desprazer, preocupações obsessivas por cada centímetro ou grama de gordura, com medo exagerado de ver a própria imagem refletida (BRANCO; CINTRA; FISBERG, 2006).

O desenvolvimento da imagem corporal nada mais é que a imagem do próprio físico que pode ser a de um corpo adulto, sendo uma tarefa intelectual e emocional que é mesclada a considerações nutricionais (ZANCUL; VALETA, 2008).

Estima-se que os transtornos alimentares atinjam uma proporção de 8 por 100 mil mulheres e entre homens, de menos de 0,5 por 100 mil por ano. Seu pico de incidência é entre 15 e 19 anos, começando mais cedo nos casos de anorexia (12 a 15 anos) e mais tardiamente nos casos de bulimia (18 a 20 anos) (WEINBERG, 2008).

É cada vez maior a exigência de aparência magra e formas de emagrecimento em detrimento, muitas vezes, da saúde do indivíduo (NUNES, et al., 1994; VERRI et al., 1997).

Atualmente, a sociedade, com a valorização e o culto á magreza, faz da obesidade uma condição altamente estigmatizada e rejeitada, o que tem levado a

maioria das pessoas à busca frenética pelo "corpo ideal", predispondo ao desenvolvimento de transtornos alimentares (MARTIN et al., 2002).

Os adolescentes encontram-se em um período bastante favorável para os transtornos alimentares. A impulsividade, maior vulnerabilidade aos apelos da moda, pressão de grupo, preocupações com o corpo e busca por uma nova identidade faz dos adolescentes um grupo propício para o desenvolvimento de transtornos alimentares (WEINBERG, 2008).

Segundo Moore citado por Branco; Cintra; Fisberg, (2006), dois terços das meninas adolescentes, em qualquer idade, estão insatisfeitas com seu peso, sendo que um pouco mais de 50% delas está insatisfeita com a forma de seu corpo, uma atitude que também está positivamente correlacionada com o peso corporal.

Os meninos mais insatisfeitos com o peso são aqueles que têm baixo peso em relação a sua altura e muitos que tem peso normal querem aumentá-lo. Aproximadamente um terço dos meninos estão insatisfeitos com seu corpo, desejando ombros, peitos e antebraços mais largos (BRANCO; CINTRA; FISBERG 2006).

Os instrumentos mais frequentemente utilizados para avaliação da imagem corporal nas doenças de comportamento alimentar são a entrevista semi-estruturada (dados sociais, culturais e biográficos), questionários de auto – preenchimento (como o *Eating Disorders Inventory* - EDI) com a intenção de avaliar a atitude, os sentimentos e os comportamentos relacionados com a conduta alimentar; o *Eating Attitude Test* (EAT), com o intuito de avaliar a evolução da doença, sendo também utilizado para coleta de sintomas relacionados com a doença na população em geral) e métodos perceptivos (formas quantificáveis de avaliar a percepção individual do próprio corpo: Imagem Real; Imagem Ideal e Imagem Afetiva) como por exemplo, o quadro de silhuetas onde há apresentação de oito silhuetas corporais diferentes, que variam de muito magras a muito gordas e o Método de distorção de vídeo onde a imagem atual é transformada em mais larga ou mais estreita (MAXIMIANO et al., [s.d]).

3.3 Transtornos Alimentares na Adolescência

Os transtornos alimentares são considerados desvios do comportamento alimentar, ou situações em que se ignoram as sensações alimentares, fazendo com que o alimento deixe de ser ingerido para o equilíbrio energético e nutricional, podendo desta forma ter um forte impacto sobre a saúde dos indivíduos, sendo manifestado por meio de estados de peso extremo nas patologias, desde a desnutrição até a obesidade (CUNHA, 2008).

Segundo a *American Dietetic Association* (2001), os transtornos alimentares, mais encontrados na adolescência, estão amplamente associados à percepção corporal.

É cada vez mais crescente o número de adolescentes que apresentam comportamentos alimentares anormais impulsionados pelo medo excessivo de ganhar peso. Tais comportamentos levam os indivíduos a fazerem dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para compensar os momentos de alimentação excessiva, métodos como laxantes e/ou diuréticos e o vômito auto induzido (FERREIRA; VEIGA, 2008).

Os transtornos alimentares vêm ocupando um lugar de destaque na sociedade ocidental atual. Os prejuízos causados pela anorexia e pela bulimia nervosa vêm preocupando o meio científico, que muito tem debatido sobre a complexidade das doenças, suas possíveis causas e possibilidades de tratamento (BUCARETCHI, 2003).

A distorção da percepção corporal, ou seja, superestimar ou subestimar o tamanho e/ou forma do corpo, não constitui característica particular apenas de adolescentes que desenvolvem algum tipo de transtorno alimentar e se torna cada vez mais presente na dinâmica vivencial dos indivíduos dessa faixa etária (CONTI et al., 2005).

O aumento da prevalência e da incidência de transtornos do comportamento alimentar (TCA) – como anorexia nervosa e bulimia nervosa – tem sido alvo de muitas controvérsias, já que o aumento da capacidade de detecção e o registro dos casos, nos últimos anos, têm contribuído para levantar os dados estatísticos e, de maneira contraditória, para confundir o verdadeiro entendimento da evolução desse fenômeno na sociedade.

A prevalência dos transtornos do comportamento alimentar é ainda mais elevada em pessoas que exercem determinadas atividades como em modelos, bailarinas, atletas e profissionais da saúde, provavelmente mais vulneráveis aos TCA pelo fato de sofrerem, mais veementemente, pressões associadas a padrões estéticos, às quais se responde por meio de exibição de um corpo magro (BOSI et al, 2008).

Fatores sociais, influências socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal associado às realizações e ao ideal de felicidade estão entre outras causas das alterações da percepção da imagem corporal, gerando insatisfação em especial para indivíduos do gênero feminino (CONTI, 2005).

Estudos epidemiológicos demonstram que os transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e suas variantes) são quadros psiquiátricos que tem impacto principalmente em adolescentes e jovens adultas, levando a prejuízos biopsicossociais significativos e com elevadas taxas de mortalidade e morbidade. Os mesmos estudos demonstram consistentemente que de 1% a 3% de adolescentes do sexo feminino apresentam diagnóstico ou comportamentos susceptíveis de diagnóstico de bulimia nervosa; estima-se que 1% da população geral preencha critérios para um transtorno da compulsão alimentar periódica (COSTA; LAMELA; COSTA, 2009).

Segundo Bucarethi (2003), a incidência de transtornos alimentares é maior nas mulheres que nos homens, tendo uma proporção de nove mulheres para cada homem.

No quadro dos transtornos alimentares, aparece uma série de comportamentos desordenados, desorganizados e inadequados relativos à alimentação, e há também um entendimento errôneo sobre conceitos nutricionais e a relação a repulsa, ódio e incapacidade para lidar com o alimento. Ironicamente, acredita-se que pacientes com TA tenham grande conhecimento do valor nutritivo dos alimentos, apesar do padrão alimentar sugerir absoluta ignorância em boa nutrição (SUNDAY; COL citado por ALVARENGA, 2003).

O diagnóstico dos transtornos alimentares pode ser realizado por meio dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (PENZ; BOSCO; VIEIRA, 2008).

Segundo Kirsten; Fratton; Porta (2009), as formas de transtornos alimentares mais encontradas na literatura são: a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP).

Os transtornos alimentares exigem cuidado de uma equipe multidisciplinar onde o nutricionista é o único profissional qualificado para implantar a terapia nutricional para esses pacientes (American Dietetic Association, 2001).

3.3.1 Anorexia Nervosa

O termo anorexia é derivado do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (privação, ausência). Anorexia nervosa, que significa perda do apetite de origem nervosa, não é o termo mais adequado, considerando que, pelo menos no início do quadro, há uma resistência contra a fome (ABUCHAIM, 1998).

Os primeiros relatos de prováveis quadros de anorexia nervosa foram vistos na Idade Média, segundo as descrições do modo de vida das santas e beatas da Igreja Católica, com suas práticas de ascetismo (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003).

Um dos primeiros relatos é o da Santa Wilgefortis (do latim *virgo fortis* ou virgem forte), também conhecida na França e na Península Ibérica como Santa Liberata, a libertadora. A história dessa princesa, sétima filha de um rei de Portugal, começa com seu pai prometendo-a em casamento para um rei da Sicília. Porém a jovem já havia feito um voto de castidade e prometido servir apenas a Deus. Ao saber do casamento, rezou e pediu a Deus que a privasse de sua beleza e, pela inanição auto-imposta, perdeu seus atributos femininos, fazendo com que seu pretendente desistisse do matrimônio (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003).

A anorexia só começou a ser notada como uma condição clínica no final do século XIX, em 1868, quando o médico inglês Willian Gull, durante o encontro do *British Medical Association*, em Oxford, descreveu o quadro clínico de três moças entre 14 e 18 anos, denominando a enfermidade, primeiramente, de "apepsia histérica", passando a chamá-la "anorexia nervosa" em 1874 (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003).

Segundo Trarbert e Moreira (2001) a anorexia nervosa é um distúrbio de comportamento avaliado como inanição deliberada e auto-imposta, seguida de uma implacável busca de magreza e por um medo doentio de engordar, levando a sérios graus de emagrecimento.

Na anorexia o peso se encontra diminuído e, conseqüentemente, abaixo do necessário para que o indivíduo continue a crescer e se desenvolver normalmente (WEINBERG, 2008).

Existem dois tipos de apresentação clínica da doença: no primeiro, o tipo restritivo, as pacientes apenas empregam comportamentos restritivos associados à dieta; no outro grupo o tipo purgativo, ocorrem episódios de compulsão alimentar e/ou comportamentos perigosos, como os vômitos auto-induzidos, o abuso de laxativos e de diuréticos (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS citado por APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Na anorexia nervosa do tipo restritivo são comuns sintomas como obsessividade, perfeccionismo, passividade, introversão e auto-avaliação negativa e os pacientes permanecem estáveis mesmo após a recuperação do peso (MORGAN; CLAUDINO citado por CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

Segundo Bucarechi (2003), os padrões de fome, apetite e saciedade ficam alterados. O paciente sente fome no início do quadro, – embora se recuse a comer, procurando negar ou controlar a mesma, mas, depois de um tempo, pode realmente perder muito da sensação do apetite.

É importante ressaltar que em alguns casos a quantidade de alimentos é avaliada tão subjetivamente que qualquer alteração é interpretada com excesso, descontrola e exige métodos purgativos como compensação (GORGATI; AMIGO citado por CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

A restrição calórica comum na doença afeta o consumo de macro e micronutrientes. O consumo de proteínas normalmente está dentro da porcentagem que deve ser fornecida, apesar de o consumo total ser inadequado e seu uso comprometido pelo consumo calórico insuficiente (FISHER et al., LUDER; SCHEBENDACH citado por ALVARENGA; DUNKER, 2004).

Estudos com populações de anoréxicos relatam um aporte calórico diário baixo, que varia de 700 a 1.000kcal (BEUMONT et al.; FERNSTROM et al; GWIRSTMAN et al; HUSE; LUCAS; THIBault; ROBERGE citado por ALVARENGA; DUNKER, 2004). Contudo, sabe-se que esse valores na prática clínica podem ser bem mais baixos, já que muitas pacientes ao procurarem tratamento relatam jejum freqüente com consumo restrito a alguns alimentos, geralmente de baixo conteúdo calórico, chegando a um consumo diário menor que 700kcal (ALVARENGA; DUNKER citado por PHILIPPI, ALVARENGA, 2004).

Mais alarmante do que a má nutrição na anorexia, é sua associação com a distorção da imagem corporal que, entre outros fatores apresenta-se como falta da preocupação com a magreza, mesmo quando esta já está em um estágio bem avançado (BRUCH citado por SAIKALI et al, 2004).

Segundo Devoraes; Fagundes citado por Claudino; Zanella (2005), as dietas iniciais reduzem o consumo de alimentos que contêm gorduras e açúcares simples preferindo alimentos com baixa quantidade de gordura (*light*) em vez de suas versões integrais.

"O diagnóstico diferencial da anorexia nervosa é complicado pela negação dos sintomas por parte do paciente, pelo segredo envolvendo seus rituais alimentares bizarros e sua resistência a buscar tratamento. Portanto, pode ser difícil identificar o mecanismo de perda de peso e os pensamentos ruminativos associados, envolvendo distorções da imagem corporal." (Kaplan, 1997, pág 649)

Existem métodos que podem auxiliar no diagnóstico, estes estão contidos no DSM-IV, da Associação Americana de Psiquiatria (1994), e na classificação de transtornos mentais e de comportamento do CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1993 (BRASIL; MORAES, 2009).

Os critérios segundo o DSM-IV são (APA, 1994 citado por PALMA; ESCRIVÃO; OLIVEIRA, 2009. p. 288):

- Recusa em manter o peso corpóreo em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (peso corpóreo abaixo de 85% do esperado);
- Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar obeso, mesmo estando com peso abaixo do normal;
- Perturbação no modo de vivenciar o peso ou na forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto avaliação, ou negação do baixo peso corpóreo atual;
- Amenorreia nas mulheres na pós-menarca, isto é, três períodos menstruais consecutivos.

Os critérios de acordo com o CID-10 são (OMS, 1993 citado por PALMA; ESCRIVÃO; OLIVEIRA, 2009. p. 288):

- Peso corpóreo mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido como nunca alcançado) ou índice de massa corpórea em 17,5 ou menos;
- Perda de peso auto induzida por abstenção de "alimentos que engordam" e um ou mais dos seguintes sintomas: vômitos auto induzidos, purgação auto induzida, exercícios excessivos, uso de anorexígenos e ou diuréticos;
- Distorção da imagem corpórea, na forma de psicopatologia específica, na qual o pavor de engordar persiste como uma ideia intrusiva e supervalorizada e o paciente se impõe um baixo limiar de peso;
- Transtorno endócrino generalizado envolvendo eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal. É manifestado, em mulheres, como amenorreia (exceção em mulheres que fazem terapia de reposição hormonal e que tomam pílula anticoncepcional) e, em homens, como perda de interesse e potencia sexual. Pode também haver níveis elevados de hormônio do crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoidiano e anormalidades da secreção da insulina;
- Sequência de eventos da puberdade demorada ou menos detida, se início é pre-puberal.

O tratamento da anorexia nervosa deve ser dirigido, de imediato, a restabelecer o peso e alguns hábitos alimentares adequados e, em médio e longo prazo, modificar as alterações psíquicas (WELTZIN et al., 2005).

A meta de ganho de peso deve ser individualizada e baseada na idade, altura, estágio de desenvolvimento sexual e peso inicial do paciente (COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2003).

As metas do tratamento estão focadas na reabilitação do estado nutricional, recuperação do peso, interrupção dos comportamentos para redução do peso e

melhora do comportamento alimentar (DEVORAES; FAGUNDES citado por CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

3.3.2 Bulimia Nervosa

O termo bulimia é derivado de *bou* (grande quantidade de) ou de *boul* (boi) e *limos* (fome), indicando fome raivosa ou fome de comer um boi (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003). Os primeiros relatos de comportamento bulímico foram em 1874 e se referem a uma paciente anoréxica descrita por Gull, onde a mesma relata ter um apetite voraz, por um ou dois dias, sendo esse apetite raro e excepcional (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003).

Em 1979, Russel publica o trabalho *Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa*, sugerindo uma nova síndrome, com critérios segundo os quais a paciente sofre de um impulso irresistível de comer demasiadamente; procura evitar os efeitos engordativos da comida, induzindo vômitos e/ou abusando de purgativos, tendo um medo enorme de engordar (NUNES et al, 1998).

Nas classificações diagnósticas posteriores, do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª ed. revisada e 4ª ed. (DSM-III-R e DSM-IV) respectivamente, com algumas alterações, os critérios diagnósticos se aproximam dos indicados por Russell e fica registrada a denominação bulimia nervosa (NUNES et al, 1998; PENZ; BOSCO; VIEIRA, 2008).

Segundo Cochrane et al; citado por Cordás; Salzano; Rios (2004), a bulimia nervosa pode ser caracterizada por grande e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos, acompanhados de métodos compensatórios impróprios para o controle de peso, como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos.

A seleção de alimentos é variável e caracterizada entre as refeições regulares (sem compulsões alimentares) e os episódios de compulsão alimentar, podendo uma refeição ter início normal e evoluir para um episódio bulímico, que inclui alimentos como arroz, carne, além de bolachas, bolo, torta, sorvete, massa, chocolate (ALVARENGA; DUNKER, 2004).

Na bulimia nervosa, o peso permanece normal ou um pouco aumentado em função das compulsões habituais e da ineficácia dos métodos compensatórios empregados (WEINBERG, 2008).

Segundo Morgan; Claudino citado por Claudino; Zanella (2005), as características de personalidade de paciente com bulimia nervosa são bem diversificadas, mais tendem a incluir especialmente a impulsividade e a instabilidade afetiva, características consistentes com o descontrole e a purgação. Baixa auto-estima ou auto-avaliação negativa e vulnerabilidade ao estresse são importantes fatores de risco para pacientes com transtornos alimentares.

Mais prevalente em mulheres que em homens, a bulimia nervosa tem uma proporção de 10:1 em favor do sexo feminino (TRAEBERT; MOREIRA, 2001).

Geralmente os pacientes com bulimia nervosa conseguem esconder por muito tempo seus sintomas, pois, ao contrário da anorexia nervosa, eles conseguem manter seu peso corpóreo estável e não apresentam consequências físicas visíveis ao olhar dos familiares e pessoas leigas à sua volta (SAPOZNIK et al citado por CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

Os critérios diagnósticos mais aceitos são os propostos pela American Psychiatric Association – DSV –IV (APA, 1994 citado por PALMA; ESCRIVÃO; OLIVEIRA, 2009. p. 294):

- Episódios recorrentes de compulsão, caracterizado por comer, em um período restritivo (p.ex., 2h), uma quantidade de alimentos muito maior que outra pessoa comeria no mesmo período e circunstâncias; sensação de falta de controle sobre a ingestão alimentar;
- Comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes, com a intenção de não ganhar peso, como vômitos induzidos, mau uso de laxante, diuréticos, edemas ou outras medicações, jejuns ou exercícios abusivos;
- Ocorrência de ambos os episódios de compulsão e os comportamentos compensatórios inadequados, em média, ao menos 2 vezes/semana, nos últimos 3 meses;
- Auto avaliação excessiva, ligada à forma e ao peso corpóreo;
- Não ocorrência do quadro exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

O tratamento da bulimia nervosa tem como foco a interrupção do ciclo da mesma e normatização do padrão alimentar. A orientação nutricional começa no "início do tratamento" onde o paciente precisa readquirir o controle sobre o comportamento alimentar. Para isso, deve ser encorajado a aderir uma rotina alimentar que ajude a normalizar a alimentação (DEVORAES; FAGUNDES citado por CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

3.3.3 Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) ou *binger eating disorders* (BED), é caracterizado por uma tendência freqüente ao excesso no consumo alimentar, sem a prática de métodos compensatórios, e um conseqüente aumento de peso (CUNHA, 2008).

Segundo Devlin (1996) diversos grupos ligados ao desenvolvimento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª ed. (DSM-IV) trabalharam juntos na criação de critérios para uma nova categoria em meio aos transtornos alimentares, o (TCAP). Em 1991, Spitzer publica um artigo no *International Journal of Eating Disorders* defendendo a legitimidade deste diagnóstico e solicitando que se realizassem mais pesquisas sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica, para que o grupo encarregado da elaboração do DSM-IV pudesse julgar pela inclusão ou não desta nova categoria diagnóstica. Foi então que a TCAP foi incluída no apêndice B do DSM-IV designado para categorias diagnósticas que ainda precisam ser melhor estudadas (BORGES; JORGE, 2009).

Os episódios são definidos como a ingestão, superior ao que a maioria das pessoas conseguiria comer durante um período de tempo igual e sob circunstâncias similares em um curto espaço de tempo (APA citado por ROMANO; PHILIPPI, 2004).

A principal característica do transtorno da compulsão alimentar periódica é a ingestão repetida de uma grande quantidade de alimentos, seguida da sensação de total perda de controle sobre o ato de comer (COSTA; LAMELA; COSTA, 2009).

Segundo Cunha (2008), na maioria das vezes a compulsão alimentar periódica é desencadeada por um fator emocional: estresse, ansiedade, problemas de relacionamento.

Além da questão quantitativa sabe-se que algumas vezes durante os episódios, a paciente não dá atenção ao sabor e textura do alimento, comendo sem medo na hora da compulsão. Porém antes do episódio a paciente é bastante cuidadosa em relação a sua alimentação, ingerindo apenas os alimentos que considera saudáveis e pouco calóricos (ROMANO; PHILIPPI, 2004). Já os indivíduos identificados com bulimia nervosa, apesar de partilharem do critério de compulsão alimentar periódica com o transtorno anterior, apresentam ainda métodos compensatórios repetitivos, com a intenção de prevenir o ganho de peso fazendo uso de laxantes, induzindo vômitos, recursos diuréticos ou exercício físico exagerado (COSTA; LAMELA; COSTA, 2009).

A demarcação do conceito que seria o terceiro tipo de transtorno alimentar, que pode ajudar tanto no desenvolvimento da área de transtornos alimentares como também para uma melhor compreensão e classificação da obesidade (APPOLINÁRIO; COUTINHO, PÓVOA, 1995).

Para o diagnóstico do transtorno alimentar da compulsão periódica faz-se necessário caracterização desses episódios, eles devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características da perda de controle e não acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (SPITZER, 1992; APA, 1994).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

Foi realizado um estudo do tipo transversal em abril de 2010. O estudo transversal é feito para descrever indivíduos de uma população com relação as suas características pessoais e as suas histórias de exposição a fatores causais implicados, em determinado momento (VIEIRA; HOSSNE, 2001).

4.2 População Estudada

Foram avaliados aleatoriamente 25 adolescentes com idade entre 10 – 19 anos de idade, praticantes de *ballet* clássico em uma escola de balé de Natal/RN. Os jovens foram convidados a participar do estudo de forma voluntária e foi solicitado aos pais que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.3 Avaliação do Estado Nutricional

A altura foi mensurada através de uma fita métrica com 2,00 metros de extensão. A pesagem se deu através de uma balança digital devidamente calibrada. As medidas de peso e estatura foram aferidas com os adolescentes descalços em posição ereta com roupas leves.

Através dessas medidas, os adolescentes foram classificados de acordo com seu estado nutricional, levando em consideração o percentil do Índice de Massa Corporal para idade.

O Índice de Massa Corporal (IMC) ou de Quetelet é avaliado pelo peso em quilos dividido pela altura elevada ao quadrado ($IMC = P/A^2$) (SILVA; MURA, 2007). O IMC em adolescentes deve ser avaliado de acordo com o sexo, levando-se em consideração a idade, uma vez que esse índice aumenta com ela. Para classificação dos adolescentes segundo o IMC, foram utilizados os pontos de corte para percentil propostos pelo Sisvan (2008) (Quadro 1). Os percentis foram calculados através do programa Anthro Plus, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (2010).

Quadro 1. Pontos de corte para percentil estabelecidos para adolescentes

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 3	< Escore-z -2	Baixo IMC para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e < Escore-z +1	IMC adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 85 e < Percentil 97	≥ Escore -z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
≥ Percentil 97	≥ Escore-z +2	Obesidade

Fonte: (SISVAN, 2008)

4.4 Avaliação da Presença de Atitudes Alimentares Patológicas e da Percepção da Imagem Corporal

Para avaliação da presença de atitudes alimentares patológicas foi adotado o *Eating Attitudes Test* (EAT-26) (Anexo 1) elaborado por Garner e Garfinkel (1979); citado por Dunker; Philippi (2004). Garner e Garfinkel (1979), autores originais do EAT-26, utilizaram um ponto de corte de 20 como indicativo de risco, porém alguns estudos nacionais utilizaram um ponto de corte de 21 para justificar a adoção por uma sensibilidade e especificidade altamente satisfatórios (Assunção et al, 2002; Oliveira et al, 2006).

O questionário é subdividido em três partes. A primeira parte é relacionada à dieta composta por 13 questões, onde o foco é o comportamento alimentar, grupos de alimentos e imagem corporal. A segunda parte, está relacionada a bulimia e preocupações a cerca da dieta, compostas por 6 questões relacionadas a compulsão, compensação (vômitos) e preocupação com a dieta. E a terceira parte está relacionada ao controle oral, composta por 7 questões, está relacionada ao tempo de duração das refeições, sua relação com a fome e pressão social para perda de peso. A pontuação do presente teste leva em consideração a subdivisão do questionário já mencionado. Sendo sua divisão feita da seguinte forma: A

primeira pergunta, indo em direção a anorexia, recebe 3 pontos. A segunda pergunta recebe 2 pontos, a terceira recebe 1 ponto e as outras três últimas não recebem pontuação, por não terem direcionamento anoréxico.

Nesse estudo para avaliação do teste foi adotada a proposta de 21 pontos também sustentada pelos autores da validação do teste em português Cordás e Neves (1999) (CHIODINI; OLIVEIRA, 2003). Sendo assim, se o escore encontrado foi maior que 21, o EAT foi considerado positivo (EAT+), e foi confirmada presença de atitudes alimentares patológicas e risco para distúrbios de conduta alimentar. Caso contrário, o EAT-26 foi considerado negativo.

Para a avaliação da percepção da imagem corporal, foi aplicada a Figura da Silhueta Corpórea (*Body Figure Silhouettes* - BFS) (Anexo 2). Desenvolvida pelos pesquisadores da *Children Nutrition Research Center* (CNRC), as escalas de silhueta são habitualmente adotadas para avaliar a distorção da imagem corporal em indivíduos, principalmente nas pesquisas de avaliação da imagem corporal, pois permitem constatar as diferenças entre o corpo atual e o corpo ideal, além da percepção da imagem corporal no momento do estudo (THOMPSON; GRAY, 1995; WILLI et al, 1983).

Durante a avaliação da figura da silhueta corpórea, foi feita exclusão de 1 avaliado, visto que o mesmo é do sexo masculino, dificultando dessa forma a avaliação do mesmo, já que o questionário trata de figuras femininas.

O BFS é parte integrante do projeto *Girls Health Enrichment Multisite Studies* - GEMS (Estudo Multifatoriais para a Melhoria da Saúde de Crianças e Adolescentes do Sexo Feminino), de caráter multicêntrico, que teve início em 1999 nos EUA e contou com estudo-piloto. O GEMS foi inicialmente esboçado para desenvolver e testar intervenções para a prevenção do ganho de peso excessivo em garotas pré-púberes e púberes. Com essa rede de pesquisa diversos estudos foram publicados com o intuito de evitar a obesidade, verificar a percepção e satisfação corporais e também a prática de dietas nesse grupo (BELING, 2008).

Na Figura da Silhueta Corpórea, a análise da imagem corporal é avaliada através de uma escala com uma sequência de oito figuras de silhuetas corporais, cada figura com uma letra correspondente. As silhuetas são apresentadas em ordem

crescente da esquerda para direita, sendo a primeira figura representativa de um corpo extremamente magro (Letra A), e a última figura de um corpo extremamente gordo (Letra H).

4.5 Análise dos Resultados

Os dados foram apresentados na forma de média $\pm$ desvio padrão, tabelas e gráficos. Para análise dos dados foi utilizado o programa Excel, versão 2007.



Gráfico 1. Distribuição da população estudada por gênero

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

As Tabelas 1 e 2 mostram que a maioria dos adolescentes avaliados, encontravam-se na faixa etária entre 10 (32%) e 12 anos (24%). A média de idade

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Avaliação do Estado Nutricional

O Gráfico 1 mostra que 96% (n = 24) dos adolescentes avaliados são do gênero feminino e 4% (n = 1) do gênero masculino. Este percentual está de acordo com o perfil dos adolescentes praticantes de *ballet* clássico na cidade de Natal-RN, onde se percebe que a maioria é do gênero feminino (dados não publicados). Os resultados neste estudo condizem com os apresentados por Martins; Nunes; Noronha (2008), que estudaram a satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes, e verificaram que 74% dos avaliados eram do sexo feminino e 26% do sexo masculino. Também se pode perceber o mesmo resultado no estudo de Chemim e Milito (2007), com adolescentes na faixa etária de 15 à 18 anos, onde 65,4% dos avaliados eram do sexo feminino, enquanto 34,6% eram do sexo masculino.

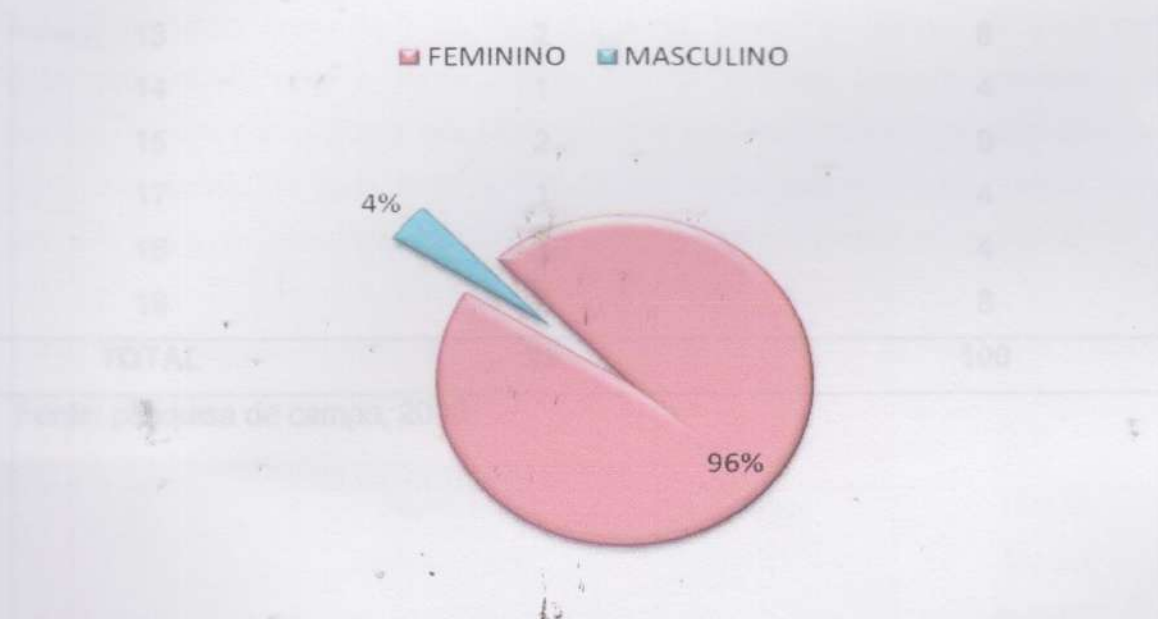


Gráfico 1. Distribuição da população estudada por gênero

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

As Tabelas 1 e 2 mostram que a maioria dos adolescentes avaliados, encontravam-se na faixa etária entre 10 (32%) e 12 anos (24%). A média de idade

foi de $12,7 \pm 2,9$ anos. Assim como em um estudo realizado por Silva; Cruz ; Coelho (2008), onde foram avaliados adolescentes de uma escola de rede pública e foi percebido que dos 81 avaliados, 38,27% (n=31) se encontravam na faixa etária entre 13 a 15 anos e 61,72% (n=50) entre 16 e 18 anos. A média de idade foi de 15,5 anos. Em outro estudo, realizado por Girão (2008), onde foram avaliados os adolescentes praticantes de *ballet* e suas repercussões nutricionais, a maior parte dos adolescentes estavam na faixa etária de 10 a 13 anos (44%). Duquia (2008), ao avaliar pregas cutâneas em adolescentes, também constata que a média dos adolescentes avaliados em seu estudo é de 11,3 anos.

Tabela 1. Distribuição da população estudada segundo idade

Idade (anos)	Nº de alunos	(%)
10	8	32
11	2	8
12	6	24
13	2	8
14	1	4
15	2	8
17	1	4
18	1	4
19	2	8
TOTAL	25	100

Fonte: pesquisa de campo, 2010

	Feminino (n = 24)	Masculino (n = 1)	TOTAL (n = 25)
Peso (Kg)	43,7 $\pm$ 8,4	33,1	43,2
Estatura (cm)	150 $\pm$ 0,1	147	150
IMC (kg/m ²)	19,0 $\pm$ 2,3	15,31	18,3

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

Tabela 2. Distribuição da média por idade $\pm$ desvio padrão dos adolescentes avaliados segundo sexo

	Feminino Média $\pm$ dp N = 24	Masculino n = 1	TOTAL Média $\pm$ dp
Idade (anos)	12,8 $\pm$ 2,9	10,0	12,7 $\pm$ 2,9

Fonte: pesquisa de campo, 2010

No Quadro 2, percebe-se uma adequação do peso em relação à estatura favorecendo um índice de massa corpórea dentro do nível de adequação, com média de 18,8 $\pm$ 2,5 Kg/m². sendo a média de IMC maior para as meninas. Estudo de Jesus et al. (2010) também verificaram valores de IMC maiores para o gênero feminino, sendo de 20,8 $\pm$ 3,31, enquanto que para o masculino foi de 18,7 $\pm$ 3,3.

É sabido que durante a adolescência há um ganho de massa corporal e isso está diretamente relacionado ao IMC. Esse IMC maior no gênero feminino pode estar relacionado com a maior insatisfação da imagem corporal comum neste gênero. Porém, é importante ressaltar que esse IMC mais elevado no sexo feminino pode ser justificado pelo fato das mulheres naturalmente apresentarem maior adiposidade e por possuírem menor estatura quando comparado aos homens.

Quadro 2. Distribuição dos adolescentes avaliados conforme as médias e $\pm$ desvio padrão de peso, estatura e IMC

	Feminino Média $\pm$ dp (n = 24)	Masculino (n = 1)	TOTAL Média (n = 25)
Peso (Kg)	43,7 $\pm$ 8,4	33,1	43,2
Estatura (cm)	150 $\pm$ 0,1	147	150
IMC (kg/m ²)	19,0 $\pm$ 2,5	15,31	18,8

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

O Gráfico 2 mostra que 80% ($n = 20$) dos adolescentes avaliados encontravam-se em eutrofia e 20% ($n = 5$) com sobrepeso, quando analisados pelo IMC/idade.

Em um estudo sobre 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 por Silva et al. (2008), 70,4% das adolescentes avaliadas encontravam-se eutróficas, 17,3% com baixo peso, 8,6% com sobrepeso e 3,7% com obesidade.

Assim como no estudo de Garcia et al. (2003), onde foram avaliados 153 adolescentes do sexo feminino do Centro de Juventude Municipal de São Paulo, onde 72,4% dos adolescentes estavam em estado de eutrofia, 22,1% com sobrepeso e 5,5% com baixo peso. Com isso percebe-se que o estado nutricional prevalente nos estudos é eutrofia, com percentual significativo de sobrepeso, o que está de acordo com os dados de transição nutricional do país, onde se observa aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população (MONTEIRO, 1995).

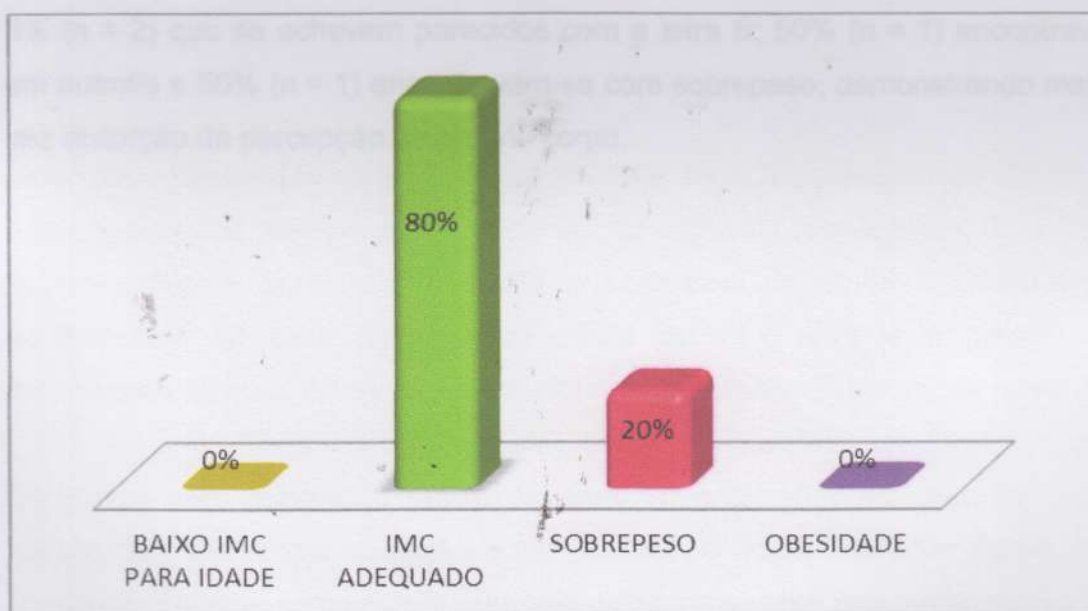


Gráfico 2. Distribuição da população segundo o percentual de Índice de Massa Corpórea (IMC) para idade dos adolescentes avaliados.

Fonte: pesquisa de campo, 2010

5.2 Avaliação da Percepção da Imagem Corporal

O Gráfico 3 mostra que 46% ($n = 11$) dos avaliados se vêem parecidos com a Figura da silhueta D, enquanto 33% ($n = 8$) se vêem parecidos com a figura C, 16% ($n = 4$) de vêem distribuídos entre B e E e 4% ($n = 1$) se vêem parecidos com a figura A.

Observou-se que desses 4% ($n = 1$) que se acham parecidas com a figura A, 100% encontravam-se em eutrofia, mostrando assim que há uma distorção da percepção da imagem corporal, visto que a silhueta A é um indicativo de baixo peso.

Já dos 8% ($n = 2$) que se acharam parecidas com a silhueta B, 100% encontravam-se em eutrofia, mostrando assim que a percepção estava adequada para a real situação dos adolescentes. Em relação a figura C, dos 33% que se acham parecidos com a mesma, 100% também encontravam-se em eutrofia.

Em relação aos 46% ($n = 11$) dos adolescentes que se acham parecidos com a figura D, 9% ($n = 1$) encontravam-se com sobrepeso e 91% ($n = 10$) encontravam-se em eutrofia, o que também demonstra distorção da percepção da imagem corporal, uma vez que esta figura representa uma adolescente com sobrepeso. Dos 8% ($n = 2$) que se achavam parecidos com a letra E, 50% ($n = 1$) encontravam-se em eutrofia e 50% ($n = 1$) encontravam-se com sobrepeso, demonstrando mais uma vez distorção da percepção do próprio corpo.

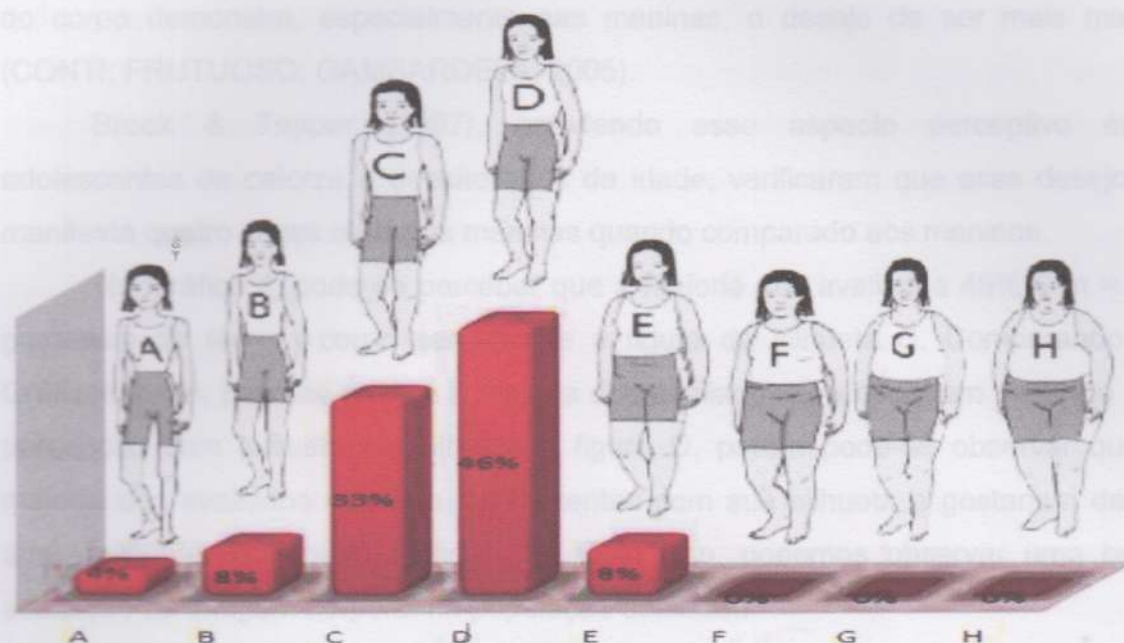


Gráfico 3. Distribuição dos adolescentes analisados segundo percepção da imagem corporal pela figura da silhueta corpórea

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

Dos 80% ($n = 20$) que se encontravam em eutrofia, apenas 76% ($n = 19$) se viam com silhueta adequada, enquanto 12% ($n = 3$), apresentam distorção da imagem corporal, percentual que pode ser considerado preocupante. Esta distorção também pôde ser percebida no estudo de Alves et al. (2008), onde foram avaliados adolescentes do sexo feminino com média de 14,4 anos e a prevalência de insatisfação corporal foi de 18,8%, semelhante aos dados encontrados neste estudo.

Segundo Heinberg et al. (1995), independentemente do peso corporal, as pesquisas vêm mostrando desde os anos 80 que, principalmente as mulheres, apresentam uma certa oscilação entre o sentir-se gorda e o estar acima do peso saudável. Estudos demonstram que pelo menos a metade das adolescentes que se consideram gordas são magras e menos de 10% delas estão contentes com a sua aparência física.

Em estudo realizado por Johnson e Connors (1987), das pacientes que apresentavam peso dentro da normalidade (70%), 15% se achavam abaixo do peso

normal e 15% se achavam acima do peso normal. Essa insatisfação com o tamanho do corpo demonstra, especialmente nas meninas, o desejo de ser mais magra (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELA, 2005).

Brook & Tepper (1997), estudando esse aspecto perceptivo entre adolescentes de catorze a dezoito anos de idade, verificaram que esse desejo se manifesta quatro vezes mais nas meninas quando comparado aos meninos.

No Gráfico 4, pode-se perceber que a maioria dos avaliados 46%% (n = 11) gostariam de ter um corpo semelhante a figura da silhueta C. Comparando os Gráficos 3 e 4, percebe-se que a maioria dos avaliados se encontram segundo sua percepção com silhueta semelhante a figura D, porém pode-se observar que a maioria dos avaliados estavam descontentes com sua silhueta e gostariam de ter uma silhueta semelhante a figura C. Com isso, podemos observar uma baixa aceitação da imagem corporal na população estudada.

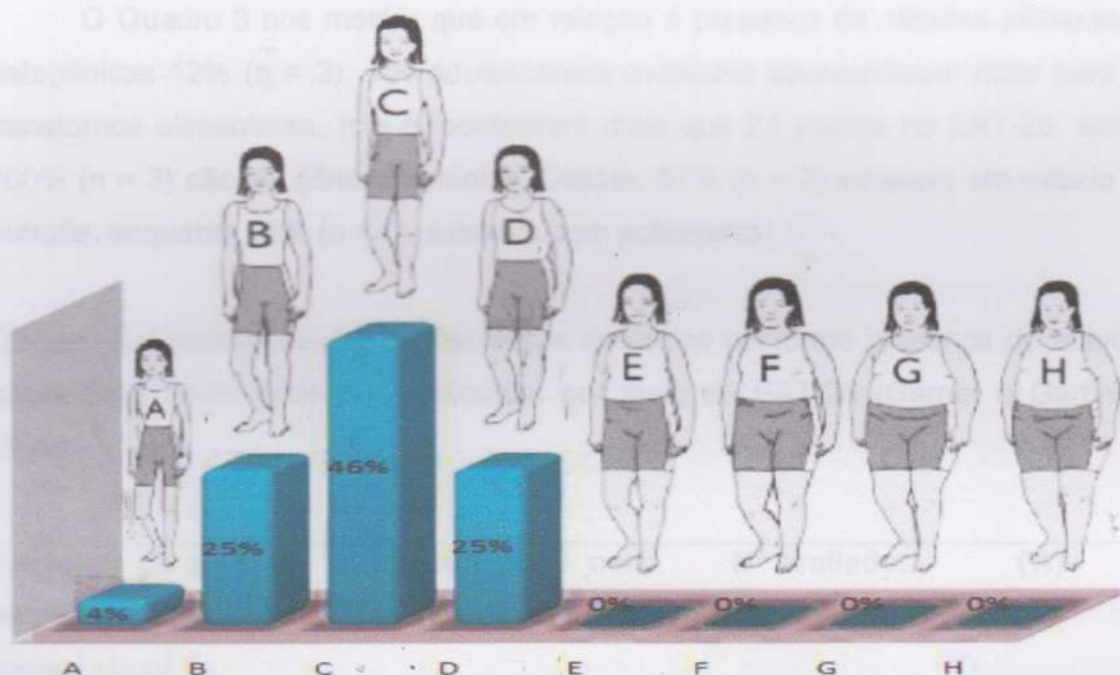


Gráfico 4. Distribuição dos adolescentes avaliados segundo imagem da silhueta corpórea a qual o adolescentes gostaria de parecer

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

A partir da análise dos questionários da Figura da Silhueta Corpórea observou-se que dos 100% (n = 24) avaliados, 48% (n = 12), gostariam de ser mais

magras, 24% ($n = 6$), gostariam de ter uma silhueta maior e apenas 28% ($n = 6$), estão satisfeitas com a silhueta atual.

Estes dados se assemelham ao de estudo realizado por Petroski; Pelegrini; Glaner (2009), onde os adolescentes com baixo peso tem um desejo em aumentar o tamanho corporal, e os adolescentes com excesso de peso tem um maior desejo em reduzir o tamanho corporal.

No estudo existe essa constatação de distorção da imagem corporal, quando ele avalia 10 bailarinas de uma companhia de *ballet* profissional.

Já em outro estudo realizado por Ferreira; Bergamim; Gonzaga (2008) pode-se perceber que a diferença entre a silhueta atual e a ideal é estatisticamente significativa, mostrando assim que a maioria dos avaliados gostaria de ter um corpo mais magro. Garner *et al.* (1998), ao avaliarem distúrbios alimentares entre atletas, enfatizam que certos atletas, particularmente das práticas desportivas que enfatizam a magreza, correm o risco de desenvolver transtornos alimentares.

O Quadro 3 nos mostra que em relação à presença de atitudes alimentares patológicas 12% ($n = 3$), dos adolescentes avaliados apresentaram risco para os transtornos alimentares, isto é, pontuaram mais que 21 pontos no EAT-26, sendo 100% ($n = 3$) são do gênero feminino. Destas, 67% ($n = 2$) estavam em estado de eutrofia, enquanto 33% ($n = 1$), estavam com sobrepeso.

Quadro 3. Distribuição dos adolescentes avaliados conforme presença de atitudes alimentares patológicas diagnosticadas por meio do EAT-26 (Garner e Garfinkel, 1979).

Presença de atitudes alimentares patológicas	G nero Feminino	G nero masculino	Nº avaliados	(%)
Sim	3	0	3	12%
Não	21	1	22	88%
TOTAL	24	1	25	100%

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

Estes dados estão de acordo com outros estudos da literatura como o realizado por Jesus et al. (2010), onde também foi percebido a presença de resultados positivos quanto o EAT, em que 13,6% dos adolescentes avaliados apresentaram risco para atitudes alimentares não saudáveis.

Outro estudo realizado por Vilela et al. (2004), mostrou que 13,3% (n = 241) dos alunos investigados apresentavam escore maior ou igual a 20, com predominância do gênero feminino. Castro e Goldstein (1995) fizeram um estudo internacional com 1250 adolescentes, e encontraram 20% com EAT +.

Em estudo de Olívia e Fagundes (2001), 90 a 95% dos indivíduos adolescentes acometidos pelos transtornos alimentares são do sexo feminino. Também se verificou no estudo de Chemim e Milito (2007), que o percentual é maior no gênero feminino (65,4%) que no gênero masculino (34,6%).

O Quadro 4, nos mostra que, em relação aos questionários EAT-26 +, 100,0% se encontravam na faixa etária de até 15 anos.

Quadro 4. Distribuição dos adolescentes avaliados conforme presença de atitudes alimentares patológicas por meio do EAT-26 e faixa etária

Faixa Etária	EAT+	
	N	%
Até 15 anos	3	100,0
> 15 anos	0	0
TOTAL	3	100,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2010

Segundo estudos de Olívia e Fagundes (2001), a faixa etária de maior risco para transtornos alimentares está situada entre os 15 e os 25 anos de idade. Porém Magalhães et al. (2005), mostram que a prevalência de transtornos alimentares é maior entre adolescentes com faixa etária entre 10 a 19 anos.

Fosson et al., (1987); Halmi et al., (1999) afirmam que os transtornos alimentares na infância e na adolescência incidem em um período de formação da personalidade. Weinberg (2008) discute que a adolescência é uma fase de grande vulnerabilidade, escondida em atitudes de prepotência, arrogância e isolamento.

Os dados deste estudo evidenciam maior prevalência de EAT+ em faixa etária mais jovem (até 15 anos), o que é preocupante, uma vez que esta é a fase de formação da personalidade e autonomia.

A maioria (50%) dos indivíduos foram meninas, enquanto os meninos representaram apenas 4% dos casos. Em relação à idade média, foram observados percentuais maiores de adolescentes com idade entre 10 (32%) e 12 anos (24%).

Em relação ao índice de massa corporal (IMC), a maioria dos indivíduos sob estresse é (IMC) normal (50%), enquanto os demais (IMC) anormais (50%) apresentaram-se com sobrepeso (20%).

Apesar do estudo ter demonstrado uma maior taxa de adolescentes com EAT+, alguns resultados não são conclusivos. O IMC, por exemplo, não demonstrou ser um fator de risco para a ocorrência de EAT+, pois os dados não foram suficientes para estabelecer uma correlação significativa.

Em relação ao questionário EAT-26, os resultados (72%) dos adolescentes com EAT+ foram semelhantes aos encontrados em outros estudos, o que reforça a validade dos dados. Além disso, os resultados do EAT-26 foram semelhantes aos encontrados em outros estudos, o que reforça a validade dos dados. Além disso, os resultados do EAT-26 foram semelhantes aos encontrados em outros estudos, o que reforça a validade dos dados.

Com base nos dados apresentados, é fundamental implementar ações de prevenção e intervenção precoce para adolescentes com EAT+, visando melhorar sua qualidade de vida e promover sua saúde física e mental. É importante também considerar o papel da família e da escola na identificação e no tratamento desses casos.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os dados do presente estudo, pode-se concluir que:

- A maioria (96%) dos avaliados eram meninas, enquanto os meninos representaram apenas 4% desse total. Em relação à faixa etária, foram observados percentuais maiores de adolescentes com idade entre 10 (32%) e 12 anos (24%);
- Em relação ao índice de massa corporal (IMC), a maioria dos avaliados (80%) encontravam-se em estado de eutrofia, sendo significativo o percentual de adolescentes com sobrepeso (20%);
- Apesar do estudo ter demonstrado uma maioria de adolescentes eutróficos quanto ao IMC, alguns deles não se viam enquadrados dessa forma, demonstrando real distorção da imagem corporal, onde se observaram adolescentes eutróficos que se viam com menos peso do que realmente apresentavam, ou, adolescentes que superestimavam seu peso real;
- Em relação ao questionário EAT-26, considerável percentual (12%) dos adolescentes apresentaram presença de atitudes alimentares de risco para transtorno alimentares, sendo todos do gênero feminino com idade até 15 anos. Dessa forma, considera-se o risco ainda maior, visto que esses adolescentes estão em um período de formação de caráter e sofrem grande influência por parte da mídia e dos grupos em que estão inseridos.

Com base nesses resultados, é de fundamental importância o cuidado na avaliação dos adolescentes com transtornos alimentares, visto que os mesmos sonham com um corpo ideal. É imprescindível o incentivo à manutenção do estado nutricional através de uma alimentação de qualidade, que contribua para que o adolescente adquira bons hábitos alimentares e os mantenha por toda a vida.

REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, A.L.G. Aspectos Históricos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa. In: NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, p. 13-20, 1998.

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

ALVARENGA, M. Aspectos nutricionais e tratamento nutricional dos transtornos alimentares. In: BUCARETCHI, H.A. **Anorexia & Bulimia Nervosa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 91-109.

ALVES, E; VASCONCELOS, F.A.G; CALVO, M.C.C. 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. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.3, p.503-512, 2008.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. **Journal of the American Dietetic Association**, v.106, n.12, p. 2073-2082, 2006.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). **Journal of the American Dietetic Association**, v.101, n.7, p. 810-819, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4.ed. Washington: **American Psychiatric Association**, 1994.

APPOLINÁRIO, J.C; COUTINHO, W; PÓVOA, L.C. O transtorno do comer compulsivo: revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.44, n.1, p. 38-45, 1995.

APPOLINÁRIO, J.C; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 22, p. 28-31, 2000.

BELING, M.T.C. **A auto-imagem corporal e o comportamento alimentar de adolescentes do sexo feminino em Belo Horizonte, MG**. 2008. (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

BORGES, M.B.F; JORGE, M.R. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial04.htm> Acesso em: 09 nov. 2009.

BOSI, M.L.M; LUIZ, R.R; UCHIMURA, K.Y; OLIVEIRA, F.P. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **J. Bras. Psiquiatr**. p.28-33, 2008.

BRANCO, L.M; CINTRA, I.P; FISBERG, M. Adolescente gordo ou magro: realidade ou fantasia?. **Nutrição Brasil**. v.5, n.4; p. 188-194, 2006.

BRASIL, A.L.D.; MORAES, D.E.B. de. Distúrbios do Apetite. In: PALMA, D.; ESCRIVÃO, M.A.M.S.; OLIVEIRA, F.L.C. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM: **Nutrição Clínica: Na Infância e na Adolescência**. Barueri, SP: Manole, 2009.

CLAUDINO, A.M; BORGES, M.B.F. Classificação e diagnóstico. In: CLAUDINO, A.M; ZANELLA, M.T. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP -

BROOK, U.; TEPPER, I. High school students' attitudes and knowledge of food consumption and body image: implications for school based education. **Patient Educ Couns.** v. 30, n.3, p. 283-288, 1997.

BUCARETCHI, H. A. **Anorexia & Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BUCARETCHI, H.A; WEINBERG, C. Um breve histórico sobre transtornos alimentares. In: BUCARETCHI, H.A. **Anorexia & Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.p. 19-26

BUCARETCHI, H.A. Anorexia e Bulimia Nervosa: a constituição psíquica. In: BUCARETCHI, H.A. **Anorexia & Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 27-42.

CHEMIM, C; MILITO, F. Transtornos Alimentares em Adolescentes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.1,n.2, p.84.88, mar/abr, 2007.

CHIODINI, J.S; OLIVEIRA, M.R.M. Comportamento alimentar de adolescentes: aplicação do EAT - 26 em uma escala pública. **Saúde em revista.** Piracicaba, v. 5, n. 9: 53-58, 2003.

CHILDREN'S NUTRITION RESEARCH CENTER – CNRC. Baylor College of Medicine. GEMS – Girls health Enrichment Multi-site Studies. Documents - Body Figure Silhouettes. Baylor College Medicine, 1999.

CLAUDINO, A.M; BORGES, M.B.F. Classificação e diagnóstico. In: CLAUDINO, A.M; ZANELLA, M.T. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP –**

Escola Paulista de Medicina: Transtornos Alimentares e Obesidade. Barueri, SP: Manole, 2005.

COMMITTEE ON ADOLESCENCE. American Academy of Pediatrics. Identifying and treating eating disorders. **Pediatrics.** v.111, n.1, p.204-211, 2003.

CONTI, M.A; FRUTUOSO, M.F.P; GAMBARDELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. **Rev. Nutr.** v.18, n.4, Jul/Ago. 2005.

CORDÁS, T.A; SALZANO, F.T; RIOS, S.R. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: PHILIPPI, S.T; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional.** Barueri: Manole, 2004. p.39-62

COSTA, R. A. N.; LAMELA, D. J.; P. V.; COSTA, L. G. Teoria e eficácia da terapia comportamental dialético na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica. **J. Bras. Psiquiatr.** 2009; v. 58, n.2, p. 122-127.

CUNHA, L.N. **Anorexia, Bulimia e Compulsão Alimentar.** São Paulo: Atheneu, 2008.

CUPPARI, L. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: nutrição clínica no adulto. 2ª ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

DEVORAES, A.M.R.; FAGUNES, U. Avaliação e Orientação Nutricional. In: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M.T. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP – Escola Paulista De Medicina: Transtornos Alimentares e Obesidade.** Barueri, SP: Manole, 2005.

GARNER, D. M. et al. Eating disorders among athletes: Research and recommendations. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am (United States),** v. 7, no. 4, p. 839-857, 1998.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de prevenção. In: PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004. p.163-176.

DUQUIA, R.P.; DUMITH, S. de C.; REICHERT, F.F.; MADRUGA, S.W.; DURO, L.N.; MENEZES, A.M.B.; ARAÚJO, C.L. Epidemiologia das pregas cutâneas tricipital e subescapular elevadas em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 113 – 121, jan, 2008.

FERREIRA, J. E. S.; VEIGA, G. V. Confiabilidade (teste-reteste) de um questionário simplificado para triagem de adolescentes com comportamentos de risco para transtornos alimentares em estudos epidemiológicos. **Instituto de Nutrição Josu de Castro**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 393-401, 2008.

FERREIRA, A; BERGAMIM, R.A.; GONZAGA, T.L. Correlação entre medidas antropométricas e aceitação pessoal da imagem corporal em bailarinas de dança moderna. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo do Pinhal, SP, v.9, n.12, jan./jun., 2008.

FOSSON, A.; KNIBBS, J.; NOTO, A.R.; BRYANT-WAUGH, R.; LASK, B. Early onset anorexia nervosa. **Arch dis Child**, 1987, v.62, p. 114-118.

GARCIA, B.C.G; GAMBARDELLA, D.M.A; FRUTOSA, P.F.M. **Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo**. Rev. Nutr. v.16 n.1. 2003.

GARNER, D. M. et al. Eating disorders among athletes. Research and recommendations. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, [United States], v. 7, no. 4, p. 839-857, 1998.

GARNER, D.N.; GARFINKEL, P.E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, v.2, n.9, p.273-279, 1979.

GORGATI, S.B.; AMIGO, V.L. Anorexia Nervosa: Manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: CLAUDINO, A. de M.; ZANELLA, M.T. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP – Escola Paulista De Medicina: Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005.

HALMI, K.A.; KLEIFIELD, E.I.; BRAUN, D.L.; SUNDAY, S.R. Personality correlates of eating disorder subtypes. In: CLONINGER, C.R. (Ed.) **Personality and Psychopathology**. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999, p.67-82.

HEINBERG, L.J.; WOOD, K.C. & THOMPSON, J.K. Body Image. In: _____. *Adolescent Nutrition – assessment and management*. New York: Vaughn I. Rickert, 1995.

JACOBSON, Marc S.; Eisentein Evelyn; COELHO, Simone C. Aspectos nutricionais na adolescência. **Adolescencia Latinoamericana**, V.1, n. 2, 1998.

JESUS, K.F. de G.; OLIVEIRA, G.L. de; PERINI, T.A.; CARDOSO, F.B.; JESUS, G.B. de. Avaliação da satisfação com a auto-imagem corporal e presença de transtornos alimentares entre adolescentes escolares de ambos os sexos. **Ulbra e Movimento (REFUM)**, Paraná, v.1 n.2 p.23-40, set./out. 2010.

JOHNSON, C. CONNORS, M.E. The Etiology and treatment of bulimia nervosa. Jason Aronson Inc., New Jersey, 1994 (**Basic Books Inc.**, 1987).

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7.ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1997. p.649.

KIRSTEN, V. R.; FRATTON, F.; PORTA, N. B. D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n.2, p. 219-227, mar./abr., 2009.

LIBERAL, Edson Ferreira. **Construindo escolas promotoras de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2003. P. 139-142e147.

MARTIN, C.G.; WERTHEIM, E.H.; PRIOR, M.; SMART, D.; SANSON, A.; OBERKLAIDE, F. A longitudinal study of the role of childhood temperament in later development of eating concerns. **Int J Eat Dis**, v.27, n.2, p. 150-160, 2002.

MARTINS, D. F., NUNES, M. F. O.; NORANHA, A. P. P. Satisfação com a Imagem Corporal e Autoconceito em Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática* v.10, n. 2, 2008.

MAXIMIANO, J.; MIRANDA, M.; TOMÉ, C.; LUÍS, A.; MAIA, T. Imagem corporal e doenças do comportamento alimentar. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**. [s.d]

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Vigilância Alimentar e Nutricional.

MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

MORGAN, C.M; CLAUDINO, A. de M. Epidemiologia e Etiologia. In: CLAUDINO, A. de M.C; ZANELLA, M.T. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP – Escola Paulista De Medicina: Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2005.

NUNES, M. A. A.; APPOLINÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e Obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OLIVIA, C. A. G.; FAGUNDES, U (2001). Aspectos clínicos e nutricionais dos transtornos alimentares. *Psiquiatria na prática médica*. Retirado em 28 de agosto de 2010 de http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_06.htm/

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento (CID-10). Porto Alegre: **Artes M dicas**, 1993.

PALMA, D.; ESCRIVÃO, M.A.M.S.; OLIVEIRA, F.L.C. Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar: Nutrição Clínica Na Infância E Na Adolescência. Barueri, SP: Manole, 2009.

PENZ, L.R; BOSCO, S.M.D; VIEIRA, J.M. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de nutrição. **Scientia medica**, Porto Alegre, v.18, n.13, p.124-128, jul./set. 2008.

PETROSKI, E.L.; PELEGRIN A. I; GLANER M.F. Insatisfação corporal em adolescentes rurais e urbanos. **Rev. Motricidade**, Fundação Técnica e Científica do Desporto, v. 5, n.4, p. 13 – 25, 2009

PIERCE, E. F.; DALENG, M. L. Distortion of body image among elite female dancers. **Percept Mot Skills**, [United States], v. 87, no. 3, p. 769-770, 1998.

PINZON, V. D. Anorexia e Bulimia Nervosa: quadro clínico e comorbidades. In: WEINBERG, C. **Transtornos alimentares: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Editora Sá, 2008.p. 77-88.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Rev. Psiquiatr. clin.** v.31,n.4, p.158-160, 2004.

RODRIGUES, A.M; FISBERG. M; CINTRA, I. P. Avaliação do estado nutricional, prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras. **Nutrição Brasil** – julho/agosto; p.182-187,2005.

ROMANO, E.C.B; PHILIPPI, S.T. O que é compulsão alimentar? O que é um episódio bulímico?. In: PHILIPPI, S.T; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri – SP: Manole, 2004. p.193-207.

SAIKALI, C.J; SOUBHIA, C.S; SCALFARO, B.M; CORDÁS, T.A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev.psiq.clin.** v.31, n.4; p.164-166, 2004

SAPOZNIK, A.; ABUSSAMRA, E. V.; AMIGO, V. L. Bulimia Nervosa: Manifestações clínicas, curso e prognóstico. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Transtornos Alimentares e Obesidade**. São Paulo: editora Manole, 2005. cap. 5, p. 49-57.

SILVA, G.; CRUZ, N.R.; COELHO, E.J.B. Perfil nutricional, consumo alimentar e prevalência de sintomas de anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de uma escola da rede pública no município de Ipatinga, MG. Ipatinga: Unileste - MG – **Rev. Digital de Nutrição**. v. 2, n. 3, Ago./Dez. 2008.

SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. **Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007

SPITZER R.L; et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of diagnostic criteria. **Int J Eat Disord**. v. 11, p. 191-203, 1992.

STEINHAUSEN, H.C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. **American Journal of psychiatry**. [s.l.]. n. 159, p. 1284-1293, 2002.

TEIXEIRA, P. C.; COSTA, R. F.; MATSUDO, S. M.M; CORDÁS, T. A. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. **Rev. Psiqu. Clín.** 2009, v. 36 n.4, p.145-152

THOMPSON, J; GRAY, J. Development and validation of new body-image assessment scale. **J Person Assess**, [s.l.], v. p.258-269, 1995.

TRARBERT, J; MOREIRA, E.A.M. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. **Pesqui odontol Bras**, v.15, n.4, p.359-363, out./dez. 2001.

VERRI, A.P.; VERTICALE, M.S.; VALLERO, E.; BELLONE, S.; NESPOLI, L. - La television e i disturbi del comportamento alimentare. **Minerva Pediatrica** v. 49, p. 235-243, 1997.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VILELA, J.; LAMOUNIER, J.A; DELLARETTI, F.M.A; BARROS, N.J.R; HORTA, G.M. Transtornos alimentares em escolares. **J Pediatr**. v.80, n.1, p. 49-54, 2004.

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

WEINBERG, C. Adolescência e transtornos alimentares. In: WEINBERG, CYBELLE. **Transtornos alimentares: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Editora Sá, 2008.p. 47-58.

WEINBERG, C. **Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Editora. Sá, 2008.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A. **Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

WELTZIN, A.; WELSENSEL, N.; FRANCZYK, D.; BURNETT, K.; KLITZ, C.; BEAN, P. Eating Disorders in men: update. **Mens's Health & Gende**. v.2, n.2, p. 186-193, 2005.

WILLI, J; GROSSMAN, S. Epidemiology of anorexia nervosa in definid region of Switzerland. **Am J Psichiatry**. V.140, p. 564-567, 1983.

APÊNDICE

YUNES, João; PRIMO, Edinéia. Características da mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, V. 17, n. 4, 1983.

ZANCUL, M. de S.; VALETA, L.N.; **Transtornos Alimentares Na Adolescência: Algumas Considerações Sobre a Anoxeria e a Bulimia Nervosas**. Revista Salus-Guarapuava (PR). v. 2, n.2, Jul./Dez, 2008.



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE - FARN



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Avaliação do Estado Nutricional e Percepção da Imagem Corporal em Adolescentes Belloenses de Natal/RN

Pesquisadoras: Bruna Leal Lima Maciel - Prof.^a Msc. Orientadora do projeto, Luciana Carla Soares da Câmara - Graduanda em Nutrição (bacharelado) / FARN -- Aluna do projeto.

Objetivo: Avaliar o estado nutricional e a percepção da imagem corporal em adolescentes Belloenses de Natal/RN

Riscos: Na pesquisa não há nenhum tipo de risco ou desconforto que possa prejudicar o participante, tendo em vista que o

APÊNDICE

Benefícios: Tal estudo poderá fornecer subsídios para desenvolvimento de condutas corretas e hábitos saudáveis que auxiliem no tratamento das possíveis alterações nutricionais existentes.

Participação voluntária: Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decidir não participar neste estudo. Ninguém também será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época. O registro da participação neste estudo será mantido confidencial, até o limite permitido por lei.

Entro de acordo em participar dos estudos provenientes deste projeto. Foi devidamente esclarecido quanto aos objetivos do projeto aos quais será submetido e dos possíveis riscos que possam advir da sua participação. Foi garantido o direito de desistir da participação em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou despesas de qualquer natureza econômica, social, psicológica ou moral, sendo garantido e assegurado o sigilo dos dados referentes à identificação da minha pessoa.



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE - FARN



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Avaliação do Estado Nutricional e Percepção da Imagem Corporal em Adolescentes Bailarinos de Natal/RN

Pesquisadores: Bruna Leal Lima Maciel - Prof^ª. Ms. Orientadora do projeto, Luciana Carla Bezerra da Câmara – Graduanda em Nutrição (bacharelado) / FARN — Autora do projeto.

Objetivo: Avaliar o estado nutricional e a percepção da imagem corporal em adolescentes bailarinos de Natal/RN.

Riscos: Na pesquisa não há nenhum fator físico ou psicológico que possa prejudicar o adolescente, tendo em vista que o mesmo não será submetido a procedimentos invasivos.

Benefícios: Tal estudo poderá fornecer subsídios para desenvolvimento de condutas clínicas e nutricionais que auxiliem no tratamento das possíveis alterações nutricionais encontradas.

Participação voluntária: Toda participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decida não participar neste estudo. Ninguém também será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época. O registro da participação neste estudo será mantido confidencial, até o limite permitido por lei.

Estou de acordo em participar dos estudos provenientes deste projeto. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos do projeto aos quais serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foi garantido o direito a desistir da participação em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à identificação da minha pessoa.

NOME: -----

Assinatura do participante

RG

CPF

Assinatura do pesquisador

Data: ----/----/----

ANEXO 1 - Condições socio e Alimentação - (EAT-26)

Por favor, escolha uma resposta para as perguntas abaixo	Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Az vezes	Raramente	Nunca
1. Não consigo dormir bem à noite.						
2. Não consigo manter o peso que quero.						
3. Não consigo manter o peso que quero.						
4. Continuo a comer em excesso as coisas que eu sei que não são boas para mim.						
5. Quando estou com fome, como tudo o que está disponível.						
6. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
7. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
8. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
9. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
10. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
11. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
12. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
13. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
14. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
15. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
16. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
17. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						
18. Tento limitar a quantidade de calorias que consumo por causa do meu peso.						

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário sobre a Alimentação – (EAT-26)

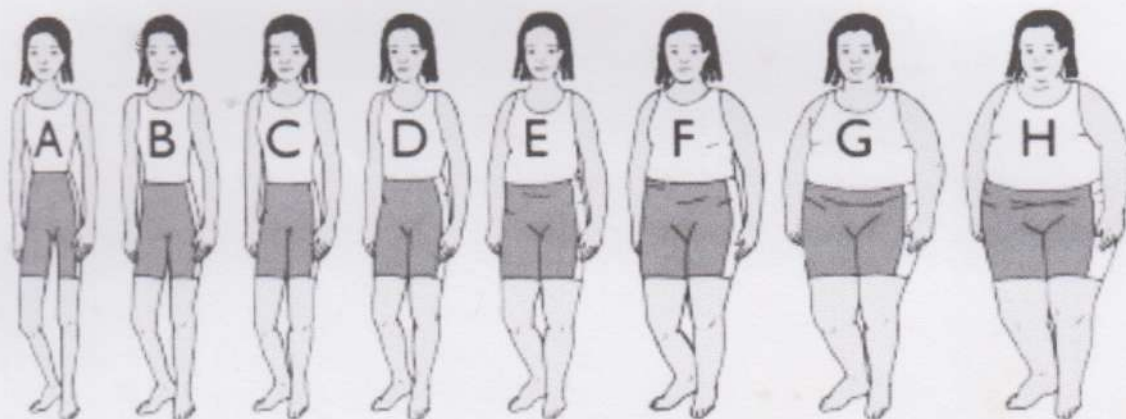
Por favor, escolha uma resposta para as perguntas abaixo:	Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Fico apavorada com a idéia de estar engordando						
2. Evito comer quando estou com fome						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como						
7. Evito particularmente alimentos ricos em carboidratos (ex: pão, arroz, batatas, etc).						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magra.						
14. Preocupo-me com a idéia de haver gordura no meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.						

19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

Por favor, verifique se respondeu todas as questões – *Muito obrigada pela sua contribuição!*

ANEXO 2 – FIGURA DA SILHUETA CORPÓREA (BFS)

A figura a seguir indica diversas garotas. Cada uma delas possui uma letra gravada em sua camisa. Use esta figura e as letras indicadas para responder as questões a seguir:



Marque um X na opção que melhor descrever sua opinião:

	A	B	C	D	E	F	G	H
O seu corpo se parece mais com qual destas imagens?								
Qual destas imagens mostra como voc gostaria de se parecer?								

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos – *muito obrigada pela contribuição!*