

Lidiamara Dornelles de Souza

**SINTOMAS DE TRANSTORNO ALIMENTAR, INSATISFAÇÃO
COM A IMAGEM CORPORAL E CONSUMO ALIMENTAR EM
MENINAS ADOLESCENTES DE FLORIANÓPOLIS, SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

Florianópolis

2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Lídiamara Dornelles de Souza

Sintomas de transtorno alimentar, insatisfação com a
imagem corporal e consumo alimentar em meninas
adolescentes de Florianópolis, SC [dissertação] / Lídiamara
Dornelles de Souza Souza ; orientador, Francisco de Assis
Guedes de Vasconcelos - Florianópolis, SC, 2012.

120 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Nutrição.

Inclui referências

1. Nutrição. 2. transtorno alimentar. 3. imagem
corporal. 4. consumo alimentar. 5. adolescentes. I. de
Assis Guedes de Vasconcelos, Francisco . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Nutrição. III. Título.

Lidiamara Dornelles de Souza

**SINTOMAS DE TRANSTORNO ALIMENTAR, INSATISFAÇÃO
COM A IMAGEM CORPORAL E CONSUMO ALIMENTAR EM
MENINAS ADOLESCENTES DE FLORIANÓPOLIS, SC**

Esta dissertação foi aprovada para a obtenção do título de MESTRE EM NUTRIÇÃO em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 30 de Novembro de 2012.

Prof^ª Dr^ª Emilia Addison Machado Moreira

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos – UFSC

(Presidente)

Prof^ª Dr^ª Marle dos Santos Alvarenga – USP (Membro)

Prof^ª Dr^ª Arlete Catarina Títtoni Corso – UFSC (Membro)

Prof^ª Dr^ª Giovanna Medeiros Rataichesk Fiates – UFSC (Membro)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela proteção, iluminando meu caminho nos momentos mais difíceis, me dando força e perseverança.

Aos meus pais, Lígia Beatriz e Jorge Luiz, pelo amor, carinho e apoio transmitidos nesta caminhada.

Ao meu amado esposo Rodrigo, que me ajudou na conquista deste passo, compartilhando incondicionalmente de todos os meus momentos, me amando, compreendendo minhas ausências e respeitando minhas escolhas.

À minha filha Laura, que mesmo muito pequena aprendeu a compreender minhas ausências.

Ao meu orientador Professor Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos, que me ajudou a trilhar os caminhos da pesquisa, com sua sabedoria, paciência, compreensão, dedicação e amizade.

Às professoras componentes da banca examinadora, Marle dos Santos Alvarenga, Giovanna Medeiros Rataichesk Fiates, Arlete Catarina Tittoni Corso, pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Nutrição, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas.

Aos colegas do mestrado, em especial a Kátia Jakovljevic Pudla, Stella Lemke, Adriana de Mello Silva e Ana Lúcia Danielewicz pelos momentos em que dividimos trabalhos, preocupações, angústias e alegrias.

Às amigas Renata Pires Goulart, Priscilla Magro Reque e Cristine Medeiros, que mesmo distantes me proporcionaram momentos de felicidade e pelo amor compartilhado nesse período.

À Geovana Pereira, nutricionista, pelo auxílio na digitação do banco de dados.

Ao FUNPESQUISA por financiar o projeto e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos durante o desenvolvimento do mestrado.

A todas as pessoas e amigos, que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

“Talvez não tenha
conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor
fosse feito. Não sou o que
deveria ser, mas Graças a
Deus, não sou o que era
antes.”

Martin Luther King

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal das adolescentes da rede de ensino fundamental e médio de Florianópolis, SC. **Métodos:** Estudo transversal, com 1052 adolescentes do sexo feminino das redes de ensino pública e privada de Florianópolis. A presença de sintomas de risco para transtornos alimentares foi identificada pelo Teste de Atitudes Alimentares (EAT+) e a avaliação da imagem corporal pelo Questionário de Imagem Corporal (BSQ). O consumo alimentar e a realização das refeições foram avaliados por meio de recordatório de 24h. Aplicou-se teste de Qui-quadrado ($p < 0,005$) para verificar a associação entre o desfecho (EAT+) e as variáveis independentes (idade, rede de ensino, imagem corporal, consumo de energia e macronutrientes e padrão de refeições (se realiza as principais refeições e as refeições intermediárias)). Foram realizadas análises multivariáveis por meio de regressão logística. **Resultados:** A prevalência de EAT+ foi de 14,6%. A prevalência de BSQ+ foi de 18,7%. As adolescentes de escola pública apresentaram maior prevalência de EAT+ (15,7%). A prevalência de EAT+ foi maior nas adolescentes de 10-14 anos (17,3%). As adolescentes com inadequado requerimento energético estimado (EER) apresentaram maior prevalência de EAT+ (16,4%). O consumo médio de energia foi de 2.047 kcal, sendo que o consumo de energia total foi abaixo do recomendado para 57,7% das meninas. Quanto aos macronutrientes, 67,1% das adolescentes obtiveram um consumo dentro dos limites recomendados para carboidratos. Para lipídios, 66,1% alcançaram os limites recomendados e para as proteínas, 83,7% das adolescentes. Foram relatados 314 diferentes alimentos, sendo os vinte alimentos mais consumidos pão, arroz, suco, leite, açúcar refinado, feijão, carne, margarina, bala, achocolatado, queijo, refrigerante, frango, chiclete, macarrão, tomate, biscoito, alface, chocolate e maionese. O grupo alimentar mais consumido foi o dos pães, cereais, raízes e tubérculos (26,5%). A maioria dos adolescentes realizou as três refeições principais: café da manhã (83%), almoço (96%) e jantar (90%). Entre as adolescentes que não realizavam o café da manhã, 14,3% apresentaram EAT+. A prevalência de BSQ+ entre as adolescentes que não realizavam café da manhã foi de 25,5%. A prevalência de omissão de lanche da manhã foi 89% maior nas adolescentes de escolas públicas do que nas de escolas privadas, sendo essa diferença estatisticamente

significativa ($p < 0,001$). As adolescentes da faixa etária entre 10-14 anos apresentaram 50,5% de omissão de lanche da manhã e 58,5% de omissão de ceia. **Conclusão:** O estudo não encontrou associação significativa entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal. Entretanto, as adolescentes com EAT+ e BSQ+ apresentaram prevalências de omissão das principais refeições consideravelmente altas.

Palavras Chave: adolescentes. sintomas de risco para transtornos alimentares. imagem corporal. consumo alimentar. refeições

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between food intake, symptoms of eating disorders risk and body image dissatisfaction of adolescents from the network of elementary and secondary education of Florianópolis, SC. **Methods:** cross-sectional study, with female teens 1052 of the networks of public and private education. The presence of symptoms of eating disorders risk was identified by the Eating Attitudes Test (EAT+) and evaluation of body image by Body Image questionnaire (BSQ). Food intake and meal times were evaluated by 24h-food recall. It was applied Chi-square test ($p < 0.005$) to verify the association between outcome (EAT +) and independent variables (age, network education, body image, consumption of energy and macronutrients and food pattern (place meals and meals in between)). Multivariate analyses were performed using logistic regression. **Results:** The prevalence of EAT + was 14.6%. The prevalence of BSQ + was 18.7%. The public school adolescents showed higher prevalence of EAT + (15.7%). The prevalence of EAT + was higher in adolescents from 10-14 years (17.3%). The adolescents with inappropriate estimated energy requirement (EER) showed higher prevalence of EAT+(16.4%). The average energy consumption amounted to 2,047 kcal and that total energy consumption was below of the recommended for 57.7% of the girls. As for macronutrients, 67.1% of adolescents got a recommended consumption limits for carbohydrates. For lipids 66.1% reached the recommended limits and for proteins, 83.7% of adolescents. Were reported 314 different foods and the twenty most foods consumed by teenagers were bread, rice, juice, milk, sugar, beans, meat, margarine, chocolate, cheese, candy, soda, chicken, gum, pasta, tomato, cookies, lettuce, chocolate and mayonnaise. The most consumed food group was of breads, cereals, roots and tubers (26.5%). The majority of adolescents held the three main meals: breakfast (83%), lunch (96%) and dinner (90%). Among the adolescents who were not the breakfast, 14.3% showed EAT +. The prevalence of BSQ + among the adolescents who were not breakfast was 25.5%. The prevalence of omitting morning snack was 89% greater in adolescents in public schools than in private schools, the difference being statistically significant ($p < 0.001$). The adolescents age between 10-14 years showed 50.5% of omitting morning snack and 58.5% of omitting supper. **Conclusion:** The study did not find a significant association between food consumption, symptoms of eating disorders risk and body image dissatisfaction.

However, the adolescents with EAT + and BSQ + showed prevalence of omission of the main meals considerably high

Key words: adolescents. symptoms of eating disorders risk. body image. food intake. meals

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Relação dos estudos nacionais sobre risco para anorexia nervosa, conforme autoria e ano de publicação, local da pesquisa, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada, publicados no período de 2001 a 2011. 41
- Quadro 2 - Relação dos estudos nacionais sobre insatisfação com a imagem corporal, conforme autoria e ano de publicação, local da pesquisa, características gerais da amostra, método de investigação BSQ-34 e prevalência encontrada, publicados no período de 2001 a 2011. 50
- Quadro 3 – Pontos de corte da pontuação total do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) conforme categorias de sintomas de risco para transtorno alimentar. 65
- Quadro 4 - Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do *Body Shape Questionnaire* (BSQ-34) para a categorização da variável ‘satisfação com a imagem corporal’ 65
- Quadro 5 – Descrição das variáveis analisadas neste estudo. 66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN - Anorexia nervosa

APA - *American Psychiatric Association*

BSQ - *Body Shape Questionnaire*

CID - *Classificação Internacional de Doenças*

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EAT – *Eating Attitudes Test*

FAO - *Food and Agriculture Organization*

QFA – Questionário de frequência alimentar

IC - Imagem corporal

OMS - *Organização Mundial da Saúde*

POF – Pesquisa de orçamento familiar

R24h- Recordatório Alimentar de 24 horas

UFSC - *Universidade Federal de Santa Catarina*

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1 Caracterização do Problema	21
1.2 Objetivos.....	23
1.2.1 Objetivo geral.....	23
1.2.2 Objetivos específicos.....	23
1.3 Estrutura geral do trabalho	24
2. REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 Adolescência.....	24
2.1.1 Definição e Caracterização.....	24
2.1.2 Consumo alimentar de adolescentes.....	26
2.2 Anorexia Nervosa.....	30
2.2.1 Definição, Quadro Clínico e Etiologia	30
2.2.2 Instrumentos para avaliação de sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal: <i>Eating Attitudes Test (EAT)</i> e <i>Body Shape Questionnaire (BSQ)</i>	35
2.2.3 Panorama mundial da anorexia nervosa.....	38
2.2.4 Imagem corporal e anorexia nervosa.....	48
2.2.5 Consumo alimentar e anorexia nervosa.....	53
3. MÉTODO	57
3.1 Inserção e delineamento do estudo	57
3.2 População e Amostra do estudo.....	57
3.3 Treinamento da equipe de pesquisa.....	60
3.4 Teste piloto	60

3.5	Definição das variáveis e seus indicadores	61
3.5.1	Variáveis demográficas e socioeconômicas.....	61
3.5.2	Sintomas de risco para transtorno alimentar	62
3.5.3	Variáveis dietéticas	62
3.6	Instrumentos e técnicas de coleta de dados	63
3.7	Processamento e Análise dos dados	64
3.8	Procedimentos éticos da pesquisa	68
4.	ARTIGO ORIGINAL	69
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICES	111
	APÊNDICE A – Questionário de coleta de dados.....	111
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado aos diretores das instituições de ensino selecionadas..	120
	ANEXOS.....	122
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos / UFSC.....	122

1. INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Problema

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado por diversas mudanças. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), a adolescência é definida cronologicamente como o período que compreende dos 10 aos 19 anos de idade. Além das mudanças físicas que são aparentes, ocorrem as mudanças sociais e psicológicas. O adolescente começa a adquirir independência e responsabilidades, ocorrem o aumento da capacidade cognitiva e as adaptações de personalidade (GAMBARDELLA et al., 1999; EISENSTEIN, 2005).

A mídia e o grupo social acabam exercendo grande influência sobre o comportamento e o hábito alimentar do adolescente. A cultura da magreza e a supervalorização do peso corporal fazem com que os adolescentes sintam-se insatisfeitos com as mudanças no corpo, preocupando-se com o aumento de peso e a forma física e acabem relacionando esses problemas com o consumo alimentar (LEAL, 2008). Para Branco, Hilário e Cintra (2006), os adolescentes se tornam, muitas vezes, vulneráveis às pressões culturais, pois têm preocupações com um corpo e uma aparência em desenvolvimento.

Alguns comportamentos alimentares inadequados, como exclusão de determinados alimentos ou de refeições ao longo do dia, bem como a realização de dietas não balanceadas, podem aparecer isoladamente ou constituírem parte de um transtorno alimentar, podendo comprometer a saúde do adolescente (FLEITLICH et al., 2000).

Dentre os transtornos alimentares que podem afetar os adolescentes encontra-se a anorexia nervosa (AN). De acordo com a 10ª edição do Código Internacional de Doenças (CID-10) e a 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM-IV-RT), a anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente, ocorrendo a recusa do indivíduo em manter o peso corporal adequado

para a sua estatura. Além disso, se verifica um medo intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo, além de negação da própria condição patológica. É frequente também a ocorrência, nas mulheres pós-menarca com este transtorno, a amenorreia.

Cerca de 90 a 95% dos indivíduos atingidos são do sexo feminino, adolescentes e adultos jovens, e somente 5-10% são do sexo masculino, sugerindo que a pressão social, pautada no ideal de beleza feminina regido pela magreza, exerça uma participação importante na anorexia nervosa. Estima-se uma frequência de 2 a 4 casos entre mil adolescentes nas sociedades ocidentais e que a prevalência de AN varia de 0,5 a 3,7% (PINZON; NOGUEIRA, 2004; SCHMIDT; MATA, 2008).

A AN geralmente tem início com um jejum progressivo e auto-imposto, onde primeiramente não são consumidos os alimentos considerados calóricos, estendendo-se posteriormente a outros tipos de alimentos, resultando em uma acentuada perda de peso. O paciente com AN tem como meta emagrecer, desejando a qualquer custo essa perda de peso. Isso se deve ao distúrbio de imagem corporal que se faz presente na AN (NAKAMURA, 2004; ALVARENGA; PHILIPPI, 2011).

Segundo o DSM-IV-RT, a distorção da imagem corporal na AN é entendida como um distúrbio na maneira pelo qual o peso ou a forma corporal de um indivíduo é experimentada; uma influência inapropriada e/ou excessiva do peso ou forma do corpo na auto-avaliação; ou ainda, uma negação da gravidade do baixo peso atual (APA, 2000).

Considerando que a AN pode apresentar complicações clínicas sérias, com expressivas taxas de morbidade e mortalidade; atinge principalmente indivíduos do sexo feminino, em fase de importante desenvolvimento que é a adolescência; apresenta como primeiros sintomas uma dieta restritiva e persistente e que boa parte das complicações surge em decorrência do atraso do diagnóstico e do início do tratamento, justifica-se a realização do presente estudo.

Além disso, em nível regional, no município de Florianópolis/SC, foram identificados três estudos publicados sobre essa temática com populações ou enfoques diferentes da proposta neste

trabalho (FIATES; SALLES, 2001; ALVES, 2006; FEIO, 2007). Estes aspectos tornam evidente a importância da realização deste estudo, tendo em vista o diferente enfoque que será trabalhado. Com base no exposto, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

O consumo alimentar está associado aos sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de Florianópolis?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Verificar a associação entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de Florianópolis, SC.

1.2.2 Objetivos específicos

- Estimar o consumo energético e de macronutrientes das adolescentes de Florianópolis;
- Descrever o padrão de realização das refeições das adolescentes de Florianópolis;
- Comparar o consumo alimentar das adolescentes de escolas públicas e privadas de Florianópolis;
- Comparar o consumo alimentar entre diferentes faixas etárias das adolescentes de Florianópolis;
- Estimar as prevalências de sintomas de risco para transtorno alimentar e de insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de Florianópolis; e
- Testar a associação entre o consumo alimentar e a prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar, de insatisfação

com a imagem corporal, faixa etária e vinculação administrativa escolar das adolescentes de Florianópolis.

1.3 Estrutura geral do trabalho

Na sequência da sua estrutura, o presente projeto de dissertação de mestrado é composto por mais quatro seções, compreendendo:

A seção 2 (revisão de literatura), na qual são abordados os temas centrais da investigação: adolescência, anorexia nervosa, imagem corporal e consumo alimentar.

A seção 3 (método), onde são descritos os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa. Incluindo delineamento do estudo, definição da amostra, coleta, tratamento e análise dos dados e aspectos éticos da investigação.

A seção 4 (artigo original) em que se apresentam os resultados principais do estudo, descritos no formato de artigo original a ser encaminhado para os Cadernos de Saúde Pública (Normas ou instruções aos autores apresentadas no anexo B).

Na seção 5 são apresentadas as considerações finais do estudo, seguidas das referências utilizadas, dos apêndices e dos anexos referentes ao trabalho.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Adolescência

2.1.1 Definição e Caracterização

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelas mudanças decorridas do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social. Apresenta como características importantes a crescente independência, as alterações psicológicas, a busca pela autonomia, a definição da própria identidade, influência de amigos, demandas escolares e trabalho, pressões e a modificação das preferências alimentares (MAHAN;KRAUSE, 1997; BANDEIRA et al., 2000). Tem seu início marcado pela puberdade e

termina com a consolidação do crescimento e da personalidade do indivíduo (EISENSTEIN, 2005).

A adolescência representa a segunda fase de maior velocidade de crescimento na vida extrauterina, após a primeira infância. Esse crescimento implica no aumento de massa corporal e desenvolvimento físico, bem como na maturação dos órgãos e sistemas para serem capazes de gerir as novas e específicas necessidades do corpo adulto (BIANCULLI, 1995; MORETTI; ROVANI, 1995; DAMASCENO et al, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), a adolescência é definida cronologicamente como o período que compreende dos 10 aos 19 anos de idade. Na fase inicial da adolescência, compreendida pela faixa etária de 10 a 14 anos, ocorre a puberdade. Essa etapa é caracterizada pelo estirão puberal desencadeado pelos estímulos hormonais. O aumento da secreção de hormônios como o estrogênio, no sexo feminino, e da testosterona, no sexo masculino, é responsável pelo aparecimento de características sexuais secundárias. Esse processo desacelera na fase final da adolescência, entre os 15 e 19 anos (OMS, 1995; GUEDES; GUEDES, 1997).

A adolescência tem seu início ancorado na puberdade. No entanto, os limites cronológicos da adolescência são bastante flexíveis. É mais fácil determinar o início e o fim da puberdade, fenômeno marcado especialmente pelas transformações biológicas, do que os limites da adolescência, que variam de acordo com as exigências sociais (BLOS, 1994). Contudo, devido à necessidade de identificar de forma objetiva os participantes neste estudo, a adolescência será definida de acordo com os limites cronológicos apresentados pela OMS (1995).

Devido às diferenças das ações hormonais entre os sexos, nas meninas as modificações corporais frequentes da puberdade são mais impactantes. Os meninos passam a ter um estímulo no aumento de massa muscular devido à testosterona. Por outro lado, as meninas terão maior aumento na gordura corporal pela ação do estrogênio. Além disso, esse hormônio é responsável pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, como o crescimento dos seios, do quadril e das formas curvilíneas, os quais são mais visíveis (NEEDLMAN, 1996). Nos meninos também se verifica um ganho de gordura corporal, porém esse

ganho estabiliza-se podendo até ser revertido. Entretanto, nas meninas continua a aumentar, atingindo um índice de gordura corporal em torno de 27% aos 16 anos (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995).

As mudanças corporais presentes nessa fase da vida, em especial o acúmulo de gordura, podem gerar uma má aceitação dessa nova imagem, em especial nas adolescentes. É no período da adolescência que normalmente começa a restrição alimentar, como uma forma de negar as mudanças do corpo. Esse comportamento, associado a fatores psicológicos e ao apelo sociocultural do culto à magreza, pode ser o desencadeador de um transtorno alimentar (BOSCHI et al, 2003; DUNKER; PHILIPPI, 2003).

2.1.2 Consumo alimentar de adolescentes

Na adolescência as necessidades energéticas encontram-se aumentadas, devido ao rápido crescimento, ao aumento da atividade física, à maior proporção de massa corporal magra, à menor proporção de gordura no organismo, ao desenvolvimento muscular e à maturação esquelética. Essas modificações requerem uma atenção maior principalmente com relação às recomendações nutricionais e aos hábitos alimentares dessa população (CARRUTH, 1991).

Em razão da importância dessa temática, diversos estudos têm sido realizados com o objetivo de se conhecer os hábitos e as preferências alimentares dos adolescentes. Estudos têm identificado hábitos alimentares pouco saudáveis nessa fase de vida, sendo a dieta adotada usualmente rica em gorduras, açúcares e sódio, com pequena participação de frutas e hortaliças. Além disso, também têm demonstrado baixa ingestão de vitamina A, vitaminas do complexo B, cálcio, ferro e iodo, sendo esse padrão comum em grande parte do mundo (GREGORY et al, 2000; ALBANO; SOUZA, 2001; MURILO; REY, 2009; LEVY et al, 2010).

As pesquisas de orçamento familiar (POFs) realizadas entre 2002/2003 e 2008/2009 em áreas metropolitanas brasileiras revelaram aumento na compra de alimentos industrializados pelas famílias, demonstrando uma mudança no padrão alimentar não só do adolescente. Observou-se, neste período, incremento de 37% nas compras de alimentos preparados e misturas industriais. Entre os produtos que apresentaram aumento de suas quantidades per capita médias adquiridas

entre os períodos de realização das POFs nacionais, destaca-se o refrigerante de cola (39,3%) (IBGE, 2010).

Na Inglaterra, um estudo com 2.672 jovens entre 4 e 18 anos, verificou, por meio de registro dietético de sete dias, que a ingestão energética média era inferior aos requerimentos estimados, de acordo com sexo e idade (GREGORY et al, 2000). Estudo realizado com 944 adolescentes palestinos encontrou prevalência de consumo diário de frutas de 11,6% nos meninos e 16,2% nas meninas (ABUDAYYA et al, 2009) . No Texas, um estudo com 15.173 crianças e adolescentes mostrou que a dieta dos adolescentes era marcada por uma maior ingestão de refrigerantes e de alimentos de maior teor de gordura, além do menor consumo de frutas quando comparado com as crianças (PÉREZ et al, 2007). No México, dados do *Mexican Nutrition Survey* coletados entre 1996 e 2006, indicam aumento do consumo de energia e de refrigerantes entre os adolescentes. Do total de energia consumido por adolescentes e adultos mexicanos, cerca de 7% é proveniente do consumo de refrigerantes (BARQUERA, et al, 2008).

Em estudos recentes conduzidos com adolescentes brasileiros, encontrou-se alto consumo de alimentos ricos em gorduras, doces, açúcar, bebidas açucaradas, além de baixo consumo de frutas, hortaliças e fibras (SANTOS et al, 2005; CARMO et al, 2006; NEUTZLING et al, 2007; CASTRO et al, 2008; ESTIMA et al, 2009). O consumo mais frequente de alimentos como o arroz e o feijão foi verificado entre adolescentes de famílias mais pobres (SANTOS et al, 2005).

Corroborando com esses achados, encontra-se o estudo realizado por Arruda e Lopes (2007). Os autores analisaram, entre outras variáveis, os hábitos alimentares de 1.024 adolescentes do sexo masculino do município de Lages, região serrana de Santa Catarina. Na análise dos hábitos alimentares, constatou-se que o hábito de ingerir alimentos pouco recomendados à saúde foi de 36,9% para refrigerantes, 41,2% para doces, 29,1% frituras e 18,3% para alimentos ricos em gordura (hambúrguer, cachorro quente, salsicha e outros). O hábito pouco saudável, raramente ou nunca ingerir alimentos benéficos à saúde, foi de 14,6% para leite e queijo, 9,0% para frutas, e de 21,9% verduras (ARRUDA; LOPES, 2007).

Entre adolescentes também identifica-se a adoção de outros comportamentos alimentares não saudáveis, como a substituição das principais refeições (desjejum, almoço e jantar) por lanches rápidos e a omissão do café da manhã (ESTIMA et al, 2009). Gambardella, Frutuoso e Franch (1999), em estudo realizado com 153 adolescentes, na região de Santo André, SP, verificaram a omissão de café da manhã em 55% da população estudada. Costa, Júnior e Matsuo (2007), em estudo com 2.562 adolescentes da cidade de Toledo, no Paraná, verificaram a omissão de café da manhã em 33,5% dos adolescentes. Em estudo realizado na cidade de Ithabela, SP, com 228 adolescentes, constatou-se que 21% dos adolescentes não tomavam o café da manhã, sendo este índice superior entre as meninas (29%) em relação aos meninos (13%). No mesmo estudo, foi verificado que 30,8% dos adolescentes trocavam o almoço ou o jantar, normalmente constituído por alimentos como arroz, feijão, carne e salada, por lanche (LEAL et al, 2010).

A *Food and Agriculture Organization* (FAO) salienta as dificuldades de avaliação do consumo alimentar em crianças e adolescentes (FAO, 1995). De acordo com Cavalcante, Priore e Franceschini (2004), um comitê organizado por essa instituição, aponta como os critérios mais importantes a considerar na escolha do método para coletar dados sobre a ingestão de alimentos de crianças e adolescentes: que a técnica não interfira nos hábitos dietéticos, que os dados possam ser representativos da dieta usual ou habitual e que a técnica possa ser preferencialmente, aplicada em estudos de grupos. Os métodos utilizados, geralmente, são semelhantes aos empregados em adultos. Os três principais métodos empregados são o Inquérito Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h), o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e o Registro Alimentar (RA) (CAVALCANTE; PRIORE; FRANCHECHINI, 2004).

O método R24h foi desenvolvido por Burke et al.(1947) e utilizado pela primeira vez no Brasil nos anos 1930 com a finalidade de ensinar as mães a registrarem o consumo de alimentos dos filhos nas últimas 24 horas (BURKE, 1947; VASCONCELOS, 2000). É o método de avaliação de ingestão mais utilizado na Nutrição Clínica e em estudos populacionais (VASCONCELOS, 2007).

O R24h consiste em obter informações escritas ou verbais sobre a ingestão de alimentos e bebidas das últimas 24 horas, com dados sobre

os alimentos atualmente consumidos e informações sobre peso/tamanho das porções. Para garantir maior exatidão e fidelidade dos dados coletados, é indicada a utilização de fotografias, modelos de porções ou outros modelos que possibilitem estimar com maior precisão o tamanho, o volume e outras características da porção consumida que deveriam ser, em tese, fornecidas por meio de fotografias ou modelos de porções (VASCONCELOS, 2007).

Em geral, o R24h é um instrumento bem aceito pelos entrevistados, o tempo de aplicação é curto e o custo é baixo. Além disso, permite que a população estudada não seja alfabetizada e pouco altera o comportamento alimentar (CAVALCANTE; PRIORE; FRANCHECHINI, 2004). Esse método avalia a dieta atual e estima valores absolutos ou relativos da ingestão de energia e nutrientes amplamente distribuídos no total de alimentos oferecidos ao indivíduo (FISBERG, 2005). Entretanto, depende da memória do entrevistado que deve recordar, definir e quantificar sua ingestão alimentar do dia anterior à entrevista. Outras limitações importantes inerentes a esse método é que reflete a ingestão atual, não representando os hábitos alimentares. Também não permite considerar a sazonalidade, a variabilidade individual dos hábitos dietéticos e do comportamento alimentar, além da possibilidade da ingestão real ser super ou subestimada (KAMIMURA, 2002; CAVALCANTE; PRIORE; FRANCHECHINI, 2004; VASCONCELOS, 2007).

O R24h é um método bastante utilizado em todo o mundo. Para avaliar a ingestão calórica e lipídica em 10.371 crianças e adolescentes americanos participantes do *National Health and Nutrition Examination Survey* – NHANES (1988–1994), Troiano et al (2000) utilizaram o método R24h de um dia. Nicklas et al (2000) avaliaram o impacto da ingestão lipídica e de fibras na ingestão energética e de nutrientes em 319 adolescentes americanos também utilizando um único R24h. Kimmons et al (2009) investigaram o consumo de frutas e vegetais em 1.667 adolescentes participantes do NHANES (2003-2004) utilizando o R24h de dois dias não consecutivos. Em Granada, Velasco et al (2009) avaliaram a ingestão de macro e micronutrientes em 2.331 adolescentes utilizando o R24h de um dia e QFA.

Em estudos nacionais o R24h também é amplamente empregado. Para avaliar o consumo alimentar de adolescentes, estudos

em São Paulo (ALBANO; SOUZA, 2001; GARCIA et al, 2003; CASTRO et al, 2009) utilizaram um único R24h. Em Maceió, Alagoas, Silva et al (2010) avaliaram do consumo alimentar de crianças e adolescentes utilizando R24h de um dia, com auxílio de um álbum de registro fotográfico. Já Nogueira e Sichieri (2010) avaliaram o consumo alimentar de 1.423 crianças e adolescentes de Niterói, Rio de Janeiro, com idade entre 9 e 16 anos aplicando um R24h e um Questionário de frequência de consumo de bebidas. Em Florianópolis, Santa Catarina, Kazapi et al (2001) avaliaram o consumo de energia e de macronutrientes em 797 adolescentes utilizando o R24h de um dia.

O R24h de um dia foi o método escolhido para o presente estudo por permitir descrever o consumo médio de energia e nutrientes de grupos populacionais. Além disso, permite capturar a presença de omissão de refeições. Os estudos nacionais mencionados acima (ALBANO; SOUZA, 2001; KAZAPI et al, 2001; GARCIA et al, 2003; CASTRO et al, 2009; SILVA et al, 2010; NOGUEIRA; SICHIERI, 2010) confirmam que a informação sobre o consumo alimentar de apenas um dia pode ser aceitável para a estimativa de médias de consumo global de grandes amostras.

2.2 Anorexia Nervosa

2.2.1 Definição, Quadro Clínico e Etiologia

De acordo com a 10^a edição do Código Internacional de Doenças (CID-10), “a anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por deliberada perda de peso induzida e/ou mantida pelo paciente” (OMS, 1993, p.173). Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a edição (DSM-IV-RT), a anorexia é um transtorno alimentar onde há recusa do indivíduo em manter o peso corporal adequado para a sua estatura, medo intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo, além de negação da própria condição patológica. Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorreicas (APA, 2000).

A AN é uma síndrome psiquiátrica crônica caracterizada pela perda de peso intensa, consequente de uma dieta extremamente rígida na maioria dos casos, por busca incessante pela magreza, por distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (FLEITCH et al 2000;

CORDÁS et al, 2004). Acomete mais frequentemente crianças pré-púberes, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos (CORDÁS et al, 2004).

Segundo Busse e Silva (2004), o autor do primeiro relato médico de AN foi Richard Morton no ano de 1694. O médico inglês descreveu o tratamento de uma mulher jovem, com recusa em alimentar-se e a ausência de ciclos menstruais, que rejeitou qualquer oferta de ajuda e acabou morrendo por inanição. A partir da segunda metade do século XIX, surgem novos relatos como o do francês Charles Laségue, em 1873, denominando a doença como *anorexie hystérique* e de William Gull, que em 1874 utilizou o termo *anorexia nervosa* (NUNES; RAMOS, 1998).

Etimologicamente, o termo *anorexia* deriva do grego “orexis”, apetite, acrescido do prefixo “an-”, privação, ausência ou deficiência. Também significando aversão à comida, enjojo do estômago ou inapetência. Atualmente o termo “*anorexia*” não é utilizado em seu sentido etimológico para a “*anorexia nervosa*”, considerando que, pelo menos no início do quadro, há uma luta, uma recusa em se alimentar e não uma real perda de apetite (NUNES; RAMOS, 1998; CORDÁS et al, 2002). Alguns autores consideram o termo alemão *pubertaetsmagersucht*, cujo significado é busca pela magreza em adolescentes, o mais adequado psicopatologicamente (CORDÁS; SALZANO, 2011).

O início da AN ocorre frequentemente na adolescência. É marcado na grande maioria dos casos por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados mais calóricos, geralmente os carboidratos. Inicialmente o paciente diminui a ingestão de doces e massas e, à medida que o tempo passa, elimina também outros alimentos como as carnes. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com a diminuição do número de refeições até jejum completo ou restrição a uma dieta frugal (NUNES; RAMOS, 1998; NAKAMURA, 2004; CORDÁS, 2004).

Aos poucos, a pessoa passa a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal. Os indivíduos passam a apresentar uma profunda insatisfação com o próprio corpo. Apresentam como meta emagrecer, temendo não apenas serem gordos,

como também perder peso e ficar cada vez mais magros. Isso se deve ao distúrbio de imagem corporal que pode estar presente nos casos de AN, onde o indivíduo se sente gordo mesmo em estágios avançados de desnutrição (NAKAMURA, 2004).

À medida que emagrece, como forma de proteção do organismo, pode ocorrer uma redução do gasto metabólico do indivíduo anoréxico. Para acelerar o gasto energético ele passa a praticar exercícios físicos, muitas vezes de forma extenuante, e a fazer uso de laxantes e diuréticos. Outra forma de controle de peso que pode estar presente na AN é o vômito auto-induzido (CORDÁS; SALZANO; RIOS, 2004).

Com a evolução da doença, a desnutrição pode acarretar consequências clínicas graves o suficiente para levar à morte ou causar danos irreversíveis ao organismo. Estima-se que em torno de 30 a 40% dos pacientes tenham recuperação completa, não voltando a apresentar outros episódios da doença. O curso de AN é frequentemente marcado por períodos de recaída, remissão, podendo evoluir para bulimia nervosa. Entre 8% e 62% dos indivíduos com diagnóstico inicial de AN desenvolvem sintomas bulímicos em algum ponto durante o curso da doença. As taxas de letalidade oscilam entre 5 a 20% (NUNES; RAMOS, 1998; CORDÁS et al, 2002; BULIK et al, 2005).

Os atuais sistemas classificatórios de doenças mantêm os critérios padronizados de classificação desde a década de 1970. Os critérios diagnósticos utilizados pelo CID-10 para a anorexia nervosa são apontados a seguir, requerendo a manifestação de todas as características para se obter o diagnóstico definitivo:

- Peso corporal mantido $\leq 15\%$ do esperado (peso perdido ou nunca alcançado) ou Índice de Massa Corporal (IMC) $\leq 17,5\text{kg/m}^2$;
- Perda de peso auto-induzida por exclusão de “alimentos que engordam” e uma ou mais práticas de vômitos auto-induzidos, purgação auto-induzida, exercícios excessivos, usos de anorexígenos e/ou diuréticos;

- Distorção da imagem corporal na forma de psicopatologia específica, medo de engordar e imposição de um baixo limiar de peso;
- Transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado em mulheres pós-púberes como amenorréia;
- Se o início é pré-puberal, o desenvolvimento puberal é atrasado ou detido, sendo completado com a recuperação da anorexia nervosa (OMS, 1993).

O DSM-IV-TR engloba basicamente as mesmas condições como critérios diagnósticos, incorporando aspectos psicodinâmicos da perturbação da imagem corporal (negação da gravidade da perda de peso e auto-avaliação excessivamente centrada no peso e forma) e a criação de dois subtipos de anorexia nervosa (restritivo e compulsão periódica/purgativo):

- Perda de peso ou recusa em manter o peso em um nível igual ou superior ao limite mínimo normal adequado à idade e à altura (85% do esperado); ou ainda ganho ponderal insuficiente durante o período de crescimento;
- Medo intenso de engordar mesmo estando abaixo do peso recomendado;
- Perturbação na forma de vivenciar o peso ou forma corporal; excessiva influência do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação; negação do baixo peso;
- Amenorréia por 3 ciclos consecutivos, em mulheres pós-menarca;
- Subtipos: a) restritivo: o indivíduo não se envolve regularmente em comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas);
b) compulsão periódica/purgativo: presença de episódios regulares de compulsão alimentar, seguido de métodos

purgativos, ou seja, atitudes compensatórias para os excessos alimentares (uso de laxantes, diuréticos, indução de vômitos), além de restrição alimentar e exercícios físicos (APA, 2000).

Atualmente acredita-se no modelo etiológico multifatorial como determinante do aparecimento da AN. Fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares contribuiriam para a instalação de um quadro de AN (APA, 2000; FLEITLICH et al., 2000; FAIRBURN; HARRISON, 2003; JACOBI et al., 2004).

Dentre as características biológicas, podemos considerar os fatores genéticos. Parentes biológicos de primeiro grau de indivíduos com AN apresentam um risco aumentado de desenvolver o transtorno, o que sugere um modelo de transmissão genético (CORDÁS; SALZANO, 2007), assim como há uma taxa de concordância muito maior em gêmeos monozigóticos (50% de concordância) em comparação com gêmeos dizigóticos (10% de concordância). Parentes de primeiro grau de pacientes com anorexia exibem um risco de aproximadamente oito vezes maior de apresentar a doença do que a população em geral (APA, 2000; FLEITLICH et al., 2000). Alterações de neurotransmissores como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina estariam envolvidas no aumento do risco para AN (GORWOOD, 2003; URWIN; NUNN, 2005).

Entre os fatores psicológicos, algumas características comuns destacam-se nos indivíduos com AN, tais como obsessividade, perfeccionismo, passividade, distorções cognitivas, rigidez no comportamento, necessidade de manter o controle completo sobre a própria vida e introversão (FLEITLICH et al., 2000; KAYE, 2008). Outros transtornos psiquiátricos como depressão, baixa auto-estima e consequente auto-avaliação negativa são também importantes fatores. A depressão e os transtornos da ansiedade parecem estar associados à AN, representando fatores de risco para o seu desenvolvimento (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Os fatores socioculturais, incluindo a pressão dos colegas, pais, mídia, e outros elementos do ambiente social, podem exercer risco para o desencadeamento de insatisfação com relação ao peso (VEGGI et al., 2004). A pressão social para que o indivíduo tenha um corpo cada vez mais magro pode estar envolvido no aumento da incidência de AN, especialmente em grupos considerados vulneráveis como as meninas

adolescentes e mulheres cuja profissão requer um controle de peso, como no caso de bailarinas e atletas (TURKIEWICZ, 2008).

As famílias de indivíduos com AN são descritas como sistemas aglutinados e extremamente rígidos, onde os membros encontram-se excessivamente ligados. São famílias que tendem a evitar conflitos e rejeitar qualquer tipo de mudança (TURKIEWICZ, 2008). Entretanto, não há evidências de que esse comportamento possa ser considerado causa de AN (FLEITLICH et al., 2000).

2.2.2 Instrumentos para avaliação de sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal: *Eating Attitudes Test (EAT)* e *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

De acordo com Vale (2002), o que mais chama atenção do ponto de vista epidemiológico, não são os casos que preenchem todos os critérios diagnósticos, pois para esses a prevalência é baixa (em torno de 1% a 3%), mas principalmente o grande número de mulheres que apresentam práticas alimentares e comportamentos típicos de um transtorno alimentar (prevalência em média 30%), sem atingir todos os critérios diagnósticos: são as chamadas síndromes parciais ou casos sub-clínicos.

Os instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares surgiram com a necessidade de sistematizar os estudos destes transtornos/síndromes a partir do estabelecimento e aprimoramento de seus critérios diagnósticos. Há ainda muita controvérsia sobre os métodos mais adequados para a avaliação dos transtornos alimentares. De um modo geral, podemos agrupar os instrumentos de avaliação em, pelo menos três categorias: (1) questionários autoaplicáveis; (2) entrevistas clínicas; (3) auto monitoração (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

Os questionários auto-aplicáveis são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de um grande número de indivíduos, porém, alguns conceitos, como o de compulsão alimentar periódica (CAP) são difíceis de avaliar com exatidão nestes tipos de questionários. Os mais utilizados são: *Eating Attitudes Test (EAT)*, *Eating Disorder Inventory (EDI)*, *Eating Disorder Examination (EDE-*

Q), *Binge Eating Scale* (BES), *Bing Scale* (BS), *Bulimic Test* (BULIT), *Bulimic Investigatory Test Endiburgo* (BITE) e *Questionnaire on Eating and Weight Patterns* (QEW) (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

Quanto às entrevistas clínicas, a mais utilizada, validada e considerada padrão-ouro é a *Eating Disorder Examination* (EDE). Consiste em uma entrevista clínica semiestruturada que fornece avaliações descritivas da gravidade da psicopatologia específica dos transtornos alimentares e gera diagnósticos de acordo com os critérios do DSM-IV, porém em muitas situações seu uso torna-se inviável, por apresentar aplicação demorada e necessitar de entrevistadores bem treinados (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002). Outra alternativa de entrevista clínica é a *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID/P), que é considerada uma entrevista padrão para a verificação dos diagnósticos psiquiátricos, segundo o DSM-IV e amplamente utilizada em pesquisa psiquiátrica (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

O auto-monitoramento consiste na aplicação de diários alimentares, nos quais os pacientes anotam a ingestão alimentar diária geralmente no período de uma semana. As dificuldades incluem a falta de aceitação pelos pacientes e a incerteza quanto à fidedignidade das anotações (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

O EAT-26 é um instrumento autoaplicável, reconhecido internacionalmente, elaborado por Garner e Garfinkel (1979), empregado para avaliar e identificar padrões alimentares anormais. É um dos instrumentos mais utilizados atualmente, sendo um teste psicométrico utilizado em estudos com AN com o objetivo de medir sintomas da síndrome de maneira mais fácil e rápida, favorecendo assim, a precocidade do diagnóstico e tratamento, evitando a evolução da doença (BIGHETTI, 2003). Avalia comportamentos alimentares restritivos (dieta e jejum) e comportamentos de compulsão periódica/purgativo (ingestão excessiva de alimentos e vômito auto induzido).

É composto de uma escala Likert com três pontos e as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre zero e três. Apresenta seis opções de resposta: sempre, muito frequentemente, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca. Realizando a análise destes itens em

três aspectos: Fator 1: Dieta – os primeiros 13 itens que refletem recusa patológica às comidas de alto teor calórico e preocupações com a forma física; Fator 2: Bulimia nervosa – os seis itens seguintes, que refletem pensamentos sobre comida e atitudes bulímicas; Fator 3: Controle oral – os últimos sete itens, que refletem o autocontrole em relação à comida e reconhecem pressões sociais no ambiente para ganhar peso. Indivíduos cujas respostas pontuam um escore igual ou maior a 21 pontos são classificados como sintomáticos para a AN, correspondendo à síndrome parcial ou completa, cujo diagnóstico definitivo precisa ser confirmado por entrevista clínica individual (GARNER; GARFINKEL, 1979; NUNES et al., 1994).

No Brasil, o teste possui duas traduções. A primeira em 1994, em estudo de Nunes et al. (1994), onde as traduções foram realizadas por brasileiros e professores de língua inglesa e posteriormente avaliada por duas pessoas bilíngues, de língua materna inglesa, as quais fizeram a retro tradução. A tradução final foi testada em adolescentes de 12 a 15 anos de escolas públicas em Porto Alegre, onde foi aceita e considerada como adequada. O segundo estudo de tradução foi realizado em 2003, onde foi traduzido por três profissionais com domínio na língua inglesa que trabalhavam em equipe multiprofissional de transtornos alimentares, a retro tradução foi feita por um profissional bilíngue com experiência na área de saúde. A validação do teste foi realizada em estudantes do sexo feminino na faixa etária de 12 a 19 anos, de duas escolas privadas de Ribeirão Preto (SP). A análise de confiabilidade e consistência interna do EAT-26 apresentou valor Alfa de Cronbach igual a 0,82, considerado um critério de validação muito satisfatório (BIGHETTI, 2003).

Magalhães e Mendonça (2005) também realizaram um estudo de teste de confiabilidade do EAT-26, com amostra de 60 universitárias ingressantes em uma universidade pública do Rio de Janeiro. A estimativa pontual para Kappa obtida para este instrumento foi igual a 0,81, considerada “quase perfeita”, com concordância esperada de 81% e concordância observada de 96,67%, indicando um bom desempenho do instrumento.

O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) é um teste autoaplicável, elaborado por Cooper et al. (1987), que avalia a preocupação com a imagem corporal. Na primeira avaliação de validade, o BSQ foi

correlacionado com a subescala de insatisfação corporal do EDI e com a pontuação total do EAT-26 para um grupo de pacientes bulímicas e outro de estudantes. As correlações entre estes instrumentos foram significativas, estabelecendo a validade simultânea do BSQ-34. Os autores concluíram que este é um bom instrumento para avaliar as preocupações com a imagem corporal, auto depreciação devido à aparência física e a sensação de estar gorda (COOPER et al., 1987).

No Brasil, este instrumento foi traduzido para o português, com aplicação exclusivamente para o sexo feminino, versão denominada Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34) (CORDÁS, 2000). Manetta (2002) testou a validade interna, dimensionalidade e desempenho deste instrumento em estudantes universitários, concluindo que após ser traduzido para a língua portuguesa manteve as características da escala original.

Estes testes são recomendáveis pela facilidade de administração e economia na avaliação, além de permitir aos respondentes revelar um comportamento que, por constrangimento poderia deixá-los relutantes numa entrevista clínica, porém, apresentam algumas desvantagens em sua administração, como ser inapropriados para diagnósticos de transtornos e serem extensos, principalmente quando utilizados juntos (NUNES et al., 1994; FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

O EAT-26 e o BSQ-34, nas suas versões traduzidas e validadas para a língua portuguesa, foram escolhidos para o presente estudo por se tratarem de instrumentos reconhecidos internacionalmente, por serem autoaplicáveis, fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos. Além disso, são amplamente utilizados em estudos nacionais. É importante ressaltar que esses instrumentos são utilizados para detectar comportamentos alimentares disfuncionais, ou seja, determinar a presença de risco para tais transtornos.

2.2.3 Panorama mundial da anorexia nervosa

A epidemiologia da AN permanece um ponto impreciso e complexo. Sabe-se que as estimativas de incidência e prevalência da doença são influenciadas pelos esquemas classificatórios vigentes (DSM-IV-RT e CID-10). Atualmente a realização de estudos

epidemiológicos apresentam algumas dificuldades metodológicas relacionadas à seleção da população e a identificação de casos. Os principais problemas apontados são a baixa prevalência na população em geral, a recusa do paciente em procurar ajuda profissional e a chegada para tratamento apenas dos casos de maior gravidade. Estudos com metodologias e amostras diversas dificultam a obtenção de dados epidemiológicos mais acurados (HAY, 2002; PINZON; NOGUEIRA, 2004).

A prevalência de AN é estimada entre 0,5 a 1%, podendo elevar-se ao serem consideradas as síndromes parciais, ou seja, quando o indivíduo não apresenta a doença totalmente desenvolvida, seja pela presença de ciclos menstruais ou pelo fato de a perda de peso não ser tão acentuada quanto à esperada (HAY, 2002; PINZON; NOGUEIRA, 2004; ATTIA, 2010). É mais prevalente em adolescentes e adultos jovens, aparentemente sem distinção de acometimento nas diferentes classes sociais. Atinge predominantemente mulheres, considerando que cerca 90% dos pacientes são do sexo feminino (SALZANO;CORDÁS, 2006; SCHMIDT; MATA, 2008). Indivíduos em determinadas profissões que valorizam o corpo e a estética como atletas, modelos e outros profissionais da moda e bailarinas parecem ter o risco aumentado para a AN (RINGHAM et al, 2006; PRETI et al, 2008; GREENLEAF et al, 2009).

Com base nos achados de artigos de revisão de literatura, é possível constatar que os dados referentes à incidência e a prevalência de AN são bastante distintos. Hoeck et al (2005) estudaram a incidência de AN (o número de casos novos durante um determinado período) na ilha de Curaçao e encontraram uma taxa de incidência de 1,82 novos casos por 100.000 pessoas/ano nas mulheres com idade entre 15 e 24 anos e de 17,48 novos casos por 100.000 pessoas/ano. Hay (2002) e Nunes (2006) relatam uma revisão sistemática de 12 estudos de incidência cumulativa que apontaram uma incidência média anual na população em geral de 18,5 por 100.000 pessoas/ano entre mulheres e de 2,25 por 100.000 pessoas/ano entre homens. Estudo de revisão realizado por Hoek e Vandereycken (2008) verificou que na Holanda a incidência de AN é de aproximadamente 1% e que entre o grupo de mulheres com idade entre 15 a 19 anos essa taxa dobrou no período de 1995-1999 em comparação com 1985-1989. Na Finlândia, Keski-Rahkonen et al (2007) encontraram a incidência de AN em indivíduos

com idade entre 15 a 19 anos de 270 novos casos por 100.000 pessoas/ano.

Em estudo com 2.980 adultos dos Estados Unidos, Hudson et al (2007) encontraram uma prevalência de AN (a proporção de pessoas que apresentam uma determinada doença em período de tempo estabelecido) de 0,9% nas mulheres e de 0,3% nos homens. Na Finlândia, Keski-Rahkonen et al (2007) encontraram a prevalência de AN de 2,2% em indivíduos com idade entre 15 e 19 anos.

No Brasil, segundo Cordás (2001), até 1990 não existiam trabalhos nacionais sobre transtornos alimentares. A partir da implantação do modelo inglês de tratamento dos transtornos alimentares no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1992, foram formadas as primeiras equipes de profissionais e os primeiros grupos de estudo sobre transtornos alimentares.

Os estudos brasileiros sobre AN são na grande maioria em população não clínica e frequentemente utilizam o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) como instrumento de investigação epidemiológica para identificação de indivíduos com comportamentos alimentares disfuncionais sugestivos de AN. Para elaboração da presente dissertação foi realizado levantamento no portal de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO-Br) e no banco de teses da Capes, no período de outubro de 2010 a junho de 2011, englobando estudos de 2001 a 2012, utilizando-se os seguintes unitermos: anorexia nervosa, transtornos alimentares, EAT-26, adolescente. Foram encontrados 24 estudos. A busca foi limitada aos estudos que utilizaram o método EAT-26 devido à presente pesquisa utilizá-lo como método de investigação. O Quadro 1 apresenta a relação dos estudos nacionais encontrados.

Quadro 1 - Relação dos estudos nacionais sobre risco para anorexia nervosa, conforme autoria e ano de publicação, local da pesquisa, características gerais da amostra, método de investigação e prevalência encontrada, publicados no período de 2001 a 2011.

Autor/ ano	Localidade	Características da amostra	Método de investigação de sintomas de risco para transtorno alimentar	Prevalên- cia encontrada
Nunes et al., 2001	Rio Grande do Sul	513 mulheres avaliadas de 12 a 29 anos residentes na zona urbana de Porto Alegre	EAT-26	16,6% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Fiates; Salles, 2001	Santa Catarina	221 universitárias de 19 a 25 anos	EAT-26	22,2% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Souza et al., 2002	Ceará	199 universitárias com média de idade de 20 anos do curso de Medicina	EAT-26	5,5% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Vale, 2002	Ceará	652 estudantes do sexo feminino de 14 a 20 anos	EAT-26	9% com sintomas de risco para transtorno

				alimentar
Dunker ; Philippi, 2003	São Paulo	279 estudantes do sexo feminino de com idade entre 15 e 18 anos	EAT-26	21,1% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Luz, 2003	Minas Gerais	326 universitários dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física	EAT-26	11,9% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Oliveira et al., 2003	Rio de Janeiro	12 atletas femininas com média de idade de 20 anos	EAT-26	Negativo para todas as atletas
Vilela et al., 2004	Minas Gerais	1807 estudantes com idade entre 7 e 19 anos	EAT-26	13,3% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Albuquerque; Souza; Luz, 2006	Minas Gerais	235 universitários de uma universidade pública de Ouro Preto	EAT-26	4,7% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Bosi et al.,	Rio de Janeiro	193 universitárias entre 17 e 32	EAT-26	14% com sintomas de risco

2006		anos		para transtorno alimentar
Feio, 2007	Santa Catarina	220 universitárias com média de idade de 20,2 anos	EAT-26	8,3% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Alves et al, 2008	Santa Catarina	1.148 estudantes do sexo feminino entre 10 e 19 anos	EAT-26	15,6% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Gonçalves et al., 2008	Rio de Janeiro	149 universitárias do curso de Nutrição com média de idade de 22,6anos e 78 universitárias do curso de Educação Física, com média de idade de 23,6 anos	EAT-26	14,1% das estudantes de Nutrição e 10,3% das estudantes de Educação Física com sintomas de risco para transtorno alimentar
Bosi et al., 2008	Rio de Janeiro	191 universitárias do curso de Educação Física com média de idade de 21,7	EAT-26	6,9% com sintomas de risco para transtorno

		anos		alimentar
Sampei et al., 2009	São Paulo	544 adolescentes de origem nipo-brasileira e caucasiana	EAT-26	7,7% das de origem nipônica e 23% das de origem caucasiana com sintomas de risco para transtorno alimentar
Bosi; Uchimura; Luiz, 2009	Rio de Janeiro	175 universitárias do curso de Psicologia com média de idade de 21,2 anos	EAT-26	6,9% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Perini et al., 2009	Rio de Janeiro	27 atletas da seleção de nado sincronizado	EAT-26	15,8% das atletas da categoria júnior com sintomas de risco para transtorno alimentar
Vieira et al., 2009	Paraná	48 atletas de ginástica rítmica com idade entre 10 e 18 anos	EAT-26	16,7% com sintomas de risco para transtorno alimentar

Dunker ; Fernandes; Filho, 2009	São Paulo	183 adolescentes do sexo feminino de 15 a 18 anos	EAT-26	30,6% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Kirsten ; Fratton ; Porta, 2009	Rio Grande do Sul	186 universitárias do curso de Nutrição com idade entre 21 e 25 anos	EAT-26	24,7% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Ribeiro ; Veiga, 2010	Rio de Janeiro	61 bailarinos (39 mulheres e 22 homens) de uma instituição de balé clássico com média de idade de 36,8 anos.	EAT-26	11,5% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Martins et al., 2010	Rio Grande do Sul	258 adolescentes com idade entre 11 e 13 anos de Santa Maria	EAT-26	27,6% com sintomas de risco para transtorno alimentar
Scherrer et al., 2010	Rio Grande do Sul	325 adolescentes do sexo feminino (11 a 14 anos) de Santa Maria	EAT-26	26,6% com sintomas de risco para transtorno

				alimentar
Alvarenga; Scagliusi; Philippi, 2011	5 regiões do país	2.483 universitárias das 5 regiões do país com média de idade de 23,5 anos dos cursos de Fonoaudiologia, Farmácia, Enfermagem, Psicologia e Biomedicina	EAT-26	26,1% com sintomas de risco para transtorno alimentar

De acordo com Quadro 1, foram encontrados estudos de prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar entre a faixa etária de 7 a 43 anos. A menor e a maior prevalência encontrada na população estudada foram de 0% e 30,6%, respectivamente.

Dos estudos presentes no Quadro 1, dois deles investigaram a prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar em região urbana e rural. Na área urbana da cidade de Porto Alegre, um estudo de base populacional com 513 mulheres de 12 a 29 anos, encontrou por meio do EAT-26 prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar de 16,6% (NUNES et al., 2001). Vilela et al. (2004), ao investigar 1807 estudantes entre 7 e 19 anos regularmente matriculados em 5 escolas públicas municipais de área rural do estado de MG, encontraram prevalência de 13,3% (n = 241) de sintomas de risco para transtorno alimentar, havendo predomínio de estudantes do sexo feminino (p = 0.003).

Foram localizados 9 estudos que investigaram comportamentos de risco para AN em adolescentes (VALE, 2002; DUNKER; PHILIPPI, 2003; VILELA et al., 2004; ALVES et al, 2008; SAMPEI et al., 2009; VIEIRA et al., 2009; DUNKER; FERNANDES; FILHO, 2009; MARTINS et al., 2010; SCHERER et al., 2010). Estudo

realizado por Vale (2002) com 652 adolescentes do sexo feminino de Fortaleza, encontrou prevalência de 9% de sintomas de risco para transtorno alimentar. Sampei et al (2009) investigaram as atitudes alimentares em 544 adolescentes do sexo feminino de ascendência nipônica e caucasiana em São Paulo, SP. Encontraram que as adolescentes caucasianas apresentaram maiores escores no EAT-26, sendo que 23% apresentaram escore positivo para sintomas de risco para transtorno alimentar contra 7,7% das de origem nipônica.

O Quadro 1 apresenta 9 estudos (OLIVEIRA et al., 2003; GONÇALVES et al., 2008; BOSI et al., 2008; BOSI; UCHIMURA; LUIZ, 2009; PERINI et al., 2009; VIEIRA et al., 2009; KIRSTEN; FRATTON; PORTA, 2009; RIBEIRO; VEIGA, 2010; ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPPI, 2011) realizados com populações de risco para AN, como atletas, bailarinos, cujas profissões valorizam o corpo e a estética e também com profissionais da saúde. Estudo realizado por Oliveira et al (2003) avaliou a presença de comportamentos sugestivos de transtornos do comportamento alimentar em 12 atletas de desportos coletivos, individuais de lutas não encontrando nenhuma com EAT-26 positivo. Vieira et al. (2006) avaliaram 101 atletas de judô do estado do Paraná pelo EAT-26, onde encontraram 17,8% da mulheres e 12,9% dos homens com presença de sintomas de risco para transtorno alimentar.

Comportamentos sugestivos de transtornos de conduta alimentar também foram avaliados em atletas da ginástica rítmica (n=48) com idade entre 10 e 18 anos (Quadro 1) (VIEIRA et al., 2009). Foi encontrada uma prevalência de 16,7% de sintomas de risco para transtorno alimentar nesse grupo. Ribeiro e Veiga (2010) investigaram comportamentos de risco para AN em 61 bailarinos (39 mulheres e 22 homens). Encontraram uma prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar de 13,6% nos homens e 10,3% nas mulheres.

Souza et al (2002) avaliaram sintomas de risco para transtorno alimentar em 199 universitárias do curso de Medicina no Ceará (Quadro 1). Encontraram uma prevalência positiva para os sintomas de risco para transtorno alimentar em 5,5% da amostra. Estudo realizado com universitários comparou a presença de sintomas de risco para transtorno alimentar entre estudantes da primeira fase dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física de uma universidade particular no município de Belo Horizonte (n = 326), e encontrou prevalência de

12,1%, 13,9% e 10,9% respectivamente. A prevalência encontrada no total de estudantes avaliados foi de 11,9% (LUZ, 2003).

Estudo de Bosi et al (2006) (Quadro 1) avaliou 193 alunas de nutrição de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro e encontrou 14% das universitárias com EAT-26 positivo para sintomas de risco para transtorno alimentar. Estudo realizado por Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011) avaliou comportamentos de risco para AN em 2.483 universitárias das 5 regiões do país. As autoras encontraram nas universitárias brasileiras uma frequência alta e preocupante de comportamentos de risco para TA em todas as regiões: 30,1% na região norte, 28,8% na região nordeste, 23,7% no centro-oeste, 25,6% na região sudeste e 24,7% na região sul.

Foram encontrados 3 estudos realizados na região de Florianópolis, SC (Quadro 1). Fiates e Salles (2001) em estudo realizado com alunas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) avaliaram 221 alunas e encontraram 22,2% com sintomas de risco para transtorno alimentar sendo o grupo de alunas de Nutrição (25,4%) com percentual maior que o dos outros cursos (18,7%). Estudo realizado com estudantes do sexo feminino entre 10 e 19 anos (n = 1.148) de instituições públicas e privadas de Florianópolis, avaliou através do EAT-26 a presença de sintomas de risco para transtorno alimentar e encontrou 15,6% das alunas com sintomas sugestivos de anorexia, sendo a maior prevalência entre a faixa etária de 10 a 13 anos (ALVES, 2006). Estudo de Feio (2007) estimou a prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar em 220 universitárias ingressantes na UFSC. A prevalência encontrada de sintomas de risco para transtorno alimentar foi de 8,3%.

2.2.4 Imagem corporal e anorexia nervosa

Segundo Cash e Pruzinsky (1990) a imagem corporal é a experiência subjetiva que o sujeito tem sobre sua condição corpórea. Para Schilder (1999), o pioneiro no estudo sobre o assunto, a imagem corporal é a figura do próprio corpo formada na mente do indivíduo, ou seja, é o modo pelo qual o corpo passa a existir para a pessoa. Por meio das sensações corporais, provenientes da superfície corporal, dos músculos e seus envoltórios e dos órgãos internos, experimenta-se uma unidade corporal que é percebida por cada indivíduo. A unidade corporal, também chamada de esquema corporal, é a imagem

tridimensional que a pessoa tem sobre si mesma e que pode ser conceituada como imagem corporal.

A preocupação exagerada com a forma e o peso do corpo é um dos critérios para o diagnóstico de AN. Segundo o DSM-IV-RT, a distorção da imagem corporal na anorexia nervosa é concebida como um distúrbio na maneira pelo qual o peso ou a forma corporal de um indivíduo é experimentada; uma influência inapropriada e/ou excessiva do peso ou forma do corpo na auto-avaliação; ou ainda, uma negação da gravidade do baixo peso atual (APA, 2000). O distúrbio da imagem corporal na AN se traduz pelo inexplicável medo de ganhar peso ou de tornar-se obeso, mesmo estando abaixo do peso, ou mais intensamente, uma supervalorização da forma corporal como um todo ou de suas partes, classicamente descrito como distorção da imagem corporal (SAIKALI et al, 2004).

Segundo Conti et al (2005), fatores sociais, influências socioculturais, pressões da mídia e a busca incessante por um padrão de corpo ideal associado às realizações e felicidade estão entre as causas das alterações da percepção da imagem corporal, gerando insatisfação em especial para indivíduos do gênero feminino. O padrão de beleza atual definido por um contexto social competitivo e consumista, onde uma imagem bem-sucedida é delineada a partir de um corpo “bem-sucedido” contribui para o surgimento da insatisfação com a imagem corporal (STENZEL, 2006; SCLAGLIUSI; LOURENÇO, 2011).

Estudos têm demonstrado que a insatisfação com a imagem corporal é bastante comum em mulheres de várias faixas etárias, com destaque para as adolescentes, e está frequentemente associada a comportamentos alimentares disfuncionais e práticas inadequadas de controle do peso. Os pesquisadores utilizam-se de instrumentos que avaliam o distúrbio de imagem corporal e que podem ser associados com outros testes que investigam características psicopatológicas específicas (ALVES, 2006; STENZEL, 2006).

Um instrumento amplamente empregado em estudos brasileiros é o *Body Shape Questionnaire* (BSQ), um teste auto-aplicável que avalia a insatisfação com a imagem corporal (COOPER et al., 1987). Foi realizado levantamento sistemático no portal de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO-Br) e no banco de teses da Capes no

período de outubro de 2010 a junho de 2011, englobando estudos de 2001 a 2011, utilizando-se os seguintes unitermos: imagem corporal, transtornos alimentares, BSQ-34, adolescente. Nos estudos citados a seguir será destacado apenas o emprego do BSQ-34, uma vez que nesta pesquisa foi utilizado o mesmo instrumento. O Quadro 2 apresenta a relação de estudos nacionais localizados.

Quadro 2 - Relação dos estudos nacionais sobre insatisfação com a imagem corporal, conforme autoria e ano de publicação, local da pesquisa, características gerais da amostra, método de investigação BSQ-34 e prevalência encontrada, publicados no período de 2001 a 2011.

Autor/ ano	Localidade	Característ- cas da amostra	Método de investigação da insatisfação com a imagem corporal	Prevalên- cia encontra da
Vilela et al., 2001	Minas Gerais	1195 estudantes com idade entre 6 e 18 anos	BSQ-34	63% com insatisfação
Luz, 2003	Minas Gerais	326 universitários dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física	BSQ-34	27% com insatisfação
Oliveira et al., 2003	Rio de Janeiro	12 atletas femininas com média de idade de 20 anos	BSQ-34	33,3% com insatisfação

Vilela et al., 2004	Minas Gerais	1807 estudantes com idade entre 7 e 19 anos	BSQ-34	59% com insatisfação
Alves et al., 2008	Santa Catarina	1.148 estudantes do sexo feminino entre 10 e 19 anos	BSQ-34	18,8% com insatisfação
Bosi et al., 2008	Rio de Janeiro	191 universitárias do curso de Educação Física com média de idade de 21,7 anos	BSQ-34	17,4% com insatisfação
Bosi; Uchimura; Luiz, 2009	Rio de Janeiro	175 universitárias do curso de Psicologia com média de idade de 21,2 anos	BSQ-34	91,9% com insatisfação
Perini et al., 2009	Rio de Janeiro	27 atletas da seleção de nado sincronizado	BSQ-34	31,7% doas atletas da categoria júnior com insatisfação

Vieira et al., 2009	Paraná	48 atletas de ginástica rítmica com idade entre 10 e 18 anos	BSQ-34	25% com insatisfação
Martins et al., 2010	Rio Grande do Sul	258 adolescentes com idade entre 11 e 13 anos de Santa Maria	BSQ-34	24,3% com insatisfação
Costa, 2010	Santa Catarina	220 universitárias com média de idade de 20,2 anos	BSQ-34	47,3% com insatisfação
Haas; Garcia; Bertoletti, 2010	Rio Grande do Sul e EUA	40 bailarinas de balé clássico e jazz	BSQ-34	50% com insatisfação

De acordo com Quadro 2, foram localizados 12 estudos de prevalência de insatisfação com a imagem corporal. A menor e a maior prevalência encontrada na população estudada foram de 17,4% e 91,9%, respectivamente.

Entre os estudos localizados, 4 foram realizados em populações de adolescentes (VILELA et al., 2001; VILELA et al., 2004; ALVES et al, 2008; MARTINS et al., 2010). Vilela e colaboradores (2001), em uma investigação com 1.195 alunos de ambos os sexos, na faixa etária de 6 a 18 anos, em Belo Horizonte (MG), encontraram cerca de 63% de insatisfação com a imagem corporal, mais predominante nos adolescentes do sexo feminino, sendo que 54% gostariam de ter silhueta mais magra. Na mesma amostra, 29% faziam dieta para emagrecer. Considerando apenas as adolescentes femininas, esta taxa sobe para 70%. O sexo feminino foi o que apresentou valores mais altos, porém não significativos, para hiperfagia, uso de pílulas, diuréticos e laxantes com objetivo de reduzir o peso.

No interior de Minas Gerais, em estudantes de escolas públicas na faixa etária de 7 a 19 anos (n = 1.807), a taxa de insatisfação com a imagem corporal observada foi 59%, semelhante ao percentual encontrado nos alunos da capital mineira, descrito no estudo anterior (VILELA et al., 2004).

Foram encontrados 8 estudos em populações como de atletas, bailarinos, cujas profissões valorizam o corpo e a estética e também com profissionais da saúde (LUZ, 2003; OLIVEIRA et al., 2003; BOSI et al., 2008; BOSI; UCHIMURA; LUIZ, 2009; PERINI et al., 2009; VIEIRA et al., 2009; COSTA, 2010; HAAS; GARCIA; BERTOLETTI, 2010). Jovens que cursavam o primeiro período em uma instituição de ensino superior de Belo Horizonte (n = 326) apresentaram 24,7% (feminino) e 2,2% (masculino) de insatisfação com a imagem corporal, investigada por meio do BSQ-34. Os universitários insatisfeitos com a imagem corporal apresentavam maior chance de manifestarem sintomas de transtornos alimentares, na ordem de 22,5 vezes, quando comparados àqueles indivíduos satisfeitos com a imagem corporal (LUZ, 2003).

Outro estudo avaliou 191 alunas de educação física de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro e encontrou 17% das universitárias com BSQ-34 positivo para insatisfação com imagem corporal (BOSI et al., 2006). Estudo realizado por Bosi; Uchimura; Luiz (2009) avaliou a insatisfação com a imagem corporal em 175 estudantes do curso de psicologia de uma universidade pública do Rio de Janeiro, RJ. Os autores encontraram uma prevalência de 17,7% de insatisfação moderada/grave com a imagem corporal.

Estudo realizado por Oliveira et al (2003) avaliou a presença de comportamentos sugestivos de alterações de imagem corporal em 12 atletas de desportos coletivos, individuais de lutas encontrando 33% das atletas apresentando leve distorção da imagem corporal mesmo estando com valores para gordura corporal dentro de padrões esperados para a idade e sexo. Comportamentos sugestivos de distorção da imagem corporal foram avaliados em atletas da ginástica rítmica (n=48) com idade entre 10 e 18 anos (VIEIRA et al., 2009). Encontraram 2 ginastas de 10-12 anos (10,0%), 5 ginastas de 13-14 anos (15%) e 5 ginastas acima 15 anos (100%) apresentando distorção da imagem corporal.

2.2.5

Consumo alimentar e anorexia nervosa

A AN é caracterizada por uma restrição dietética auto-imposta, quantitativa e qualitativa, com um jejum progressivo, com exclusão inicialmente dos alimentos considerados calóricos (ALVARENGA; DUNKER, 2004). A restrição calórica frequente na doença afeta o consumo de macro e micronutrientes.

A dieta é tipicamente hipocalórica; de normal a hiperproteica; podendo variar de hipo a hiperglicídica e lipídica (ALVARENGA; PHILIPPI, 2011). Segundo Alvarenga e Dunker (2004), estudos com pacientes com AN relatam um aporte calórico diário baixo, que varia de 700 a 1.000 kcal/dia. Em relação ao percentual de contribuição de proteínas na dieta, pode variar de 14 a 23%. Em revisão realizada pelas autoras é demonstrada uma variação de 43 a 73% do valor calórico total proveniente dos carboidratos e de 13 a 36% proveniente de gorduras.

Quanto às escolhas alimentares, predominam as verduras, legumes, frutas e produtos *diet* ou *light*. As aversões alimentares mais relatadas se referem às carnes, doces e sobremesas, massas, pães, arroz e por alimentos que sejam adicionados de gordura como sorvetes, frituras, salgadinhos, chocolates, óleo, margarina, manteiga, maionese, entre outros (ALVARENGA; DUNKER; 2004, ALVARENGA; PHILIPPI, 2011).

O vegetarianismo pode surgir no curso da doença. A prática do vegetarianismo em adolescentes é relatada por alguns autores como possível fator predisponente para transtornos alimentares (ALOUFY; LATZER, 2006, ROBINSON-O'BRIEN et al, 2009). Esses autores relatam que essa prática pode mascarar um controle de peso, pois muitas vezes a aversão à carne não é somente em razão de uma filosofia de vida, mas sim pelo fato do indivíduo considerá-la altamente calórica (ALOUFY; LATZER, 2006, ROBINSON-O'BRIEN et al, 2009).

É comum na AN os pacientes se interessarem por tudo que seja relacionado à culinária e às dietas, referindo interesse também por nutrição. A obsessão por comida os torna focados em dietas da moda e no conteúdo calórico e de gordura dos alimentos. Esta preocupação faz com que fiscalizem os modos de preparo dos alimentos e os ingredientes utilizados. Muitos passam a gostar de cozinhar, mas acabam preparando alimentos para os outros, nem chegando a prová-los (ALVARENGA; DUNKER; 2004).

Dentre os comportamentos típicos da AN podem ser citados: esconder alimentos nos armários; dividir os alimentos em pequenas porções; mastigar lentamente pequena quantidade de alimentos podendo até cuspir; evitar comer na presença dos demais; ser incapaz de se alimentar fora de casa, em locais onde não podem controlar o preparo dos alimentos outros (ALVARENGA; DUNKER, 2004; ALVARENGA; PHILIPPI, 2011).

Algumas crenças disfuncionais são encontradas na AN como, por exemplo, não comer muito no final da noite, por acreditar que a gordura do alimento consumido se deposita no corpo e imediatamente se transforma em gordura corporal. Os pacientes podem ainda apresentar alguns medos irracionais, como achar que as calorias podem passar durante uma conversa ao telefone, através de fotos, comerciais de TV e por talheres mal lavados. É importante ressaltar que essas atitudes podem ser mais comprometidas em pacientes com comorbidades psiquiátricas como os transtornos de humor e de personalidade (ALVARENGA; PHILIPPI, 2011).

Foi realizado levantamento assistemático no portal de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO-Br) e Pubmed no período de outubro de 2010 a junho de 2011, utilizando-se os seguintes unitermos em português e inglês: anorexia nervosa, transtornos alimentares, consumo de alimentos, comportamento alimentar, adolescente. Os estudos internacionais localizados, somente relatavam o consumo alimentar em pacientes com a doença já instalada e em ambiente hospitalar. Foram localizados dois estudos nacionais que relatam a relação entre o consumo alimentar e sintomas de transtornos alimentares.

Dunker e Philippi (2003) avaliaram o estado nutricional, percepção corpórea, hábitos e comportamento alimentar de 279 adolescentes do sexo feminino de 15 a 18 anos de uma instituição particular de ensino do município de São Paulo, SP. Utilizaram como instrumentos o EAT-26 e o R24h. A prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar foi de 21,1% (n=59). O grupo EAT+ demonstrou ter uma maior vontade de perder peso. O consumo de calorias, carboidratos, cálcio e ferro, nesse grupo, foi abaixo do recomendado, e o de proteínas e lipídios estavam acima. Os alimentos mais consumidos foram frutas, hortaliças, leite desnatado e bala. Os

alimentos menos consumidos foram refrigerante, chocolate, massa e batata-frita. O número de alunos EAT+ foi considerado alto; apresentam os seguintes comportamentos anoréxicos: grande desejo de perder peso, consumo alimentar restritivo, consumo inadequado dos macronutrientes e minerais e aversão a doces.

Costa e Vasconcelos (2010) estimaram a prevalência de insatisfação com a imagem corporal e testaram a associação com fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais em universitárias ingressantes de uma universidade pública em Florianópolis, SC. A insatisfação com a imagem corporal foi investigada por meio do BSQ-34, em uma amostra de 220 estudantes. O consumo energético e prática de regimes para emagrecer foram investigados por meio do R24h e EAT-26. A prevalência de insatisfação com a imagem corporal foi de 47,3%. Observaram que 78,6% (n = 173) das alunas obtiveram ingestão energética menor que 2.200kcal, porém sem significância estatística quando relacionado com a insatisfação corporal.

Considerando o exposto na presente revisão de literatura, pode-se evidenciar a lacuna existente pela escassez de estudos similares ao que será desenvolvido nesse estudo. O conhecimento do perfil da alimentação de adolescentes é importante para revelar comportamentos e hábitos sinalizadores de um dos principais sintomas da AN, que é a restrição alimentar.

3. MÉTODO

3.1 Inserção e delineamento do estudo

O presente estudo caracteriza-se como uma investigação de base populacional, com delineamento transversal, utilizando parte dos dados da pesquisa “Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis, SC”, desenvolvida por Alves (2005). Esse estudo identificou a prevalência de sintomas de anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos, de escolas públicas e privadas de ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) e também prevalência de insatisfação com a imagem corporal, estado nutricional, menarca e o perfil socioeconômico dessas adolescentes.

Ressalta-se que a pesquisa realizada entre março e julho de 2005 foi conduzida mediante colaboração entre o Programa de Pós-Graduação em Nutrição, o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura Municipal de Florianópolis. A execução do estudo contou com apoio do Fundo de Apoio à Pesquisa (FUNPESQUISA) da UFSC.

3.2 População e Amostra do estudo

A população investigada constituiu-se em adolescentes do sexo feminino de 10 a 19 anos de idade, matriculadas entre a 4ª série do ensino fundamental e a 3ª série do ensino médio do município de Florianópolis, Santa Catarina. Baseado no censo escolar de 2003, realizado pela Secretaria de Estado da Educação e Inovação/SC, a população a ser investigada era de 24.661 adolescentes do sexo feminino distribuídas em 104 escolas vinculadas a dois tipos de administração: órgãos públicos, com 17.281 alunas (70%) e empresas privadas, com 7.380 alunas (30%).

Para fins de estratificação da amostra, foi considerada a distribuição das escolas segundo as regiões sócio-geográficas do município e sua vinculação administrativa. Desse modo, as escolas foram estratificadas segundo sua inserção nas regiões sócio-geográficas (norte, sul, centro e continente) e sua vinculação administrativa (pública e privada). Depois,

a amostra foi distribuída proporcionalmente no ensino fundamental e médio. Esta estratificação da amostra buscou garantir representatividade para as adolescentes do município, prevendo também um número mínimo de alunas que possibilitasse as comparações entre os estratos.

O tamanho da amostra foi calculado considerando prevalência de comportamentos alimentares disfuncionais de 20%, baseada em três estudos nacionais (FIATES; SALLES, 2001, DUNKER; PHILIPPI, 2001, SAMPEI, 2001). Considerou-se 95% de confiança e 4% de erro amostral, obtendo-se uma amostra de 770 adolescentes. Ao final da adoção dos critérios de estratificação o tamanho da amostra mínima calculado foi de aproximadamente 1.100 adolescentes. O procedimento de estratificação provocou um efeito de desenho na ordem de 1,4, ou seja, aumentou o tamanho da amostra em 42%.

O processo de seleção da amostra aconteceu em duas etapas. Primeiramente foi realizado o sorteio das escolas e posteriormente o sorteio das adolescentes nestas unidades.

A análise preliminar das escolas públicas e privadas em cada região do município indicou algumas unidades com número reduzido de alunas, as quais foram excluídas do sorteio inicial. As instituições de ensino convidadas a participarem da pesquisa foram selecionadas aleatoriamente, através de sorteio simples, a partir da relação de escolas/colégios fornecida pelo Setor de Estatística da Secretaria de Estado da Educação e Inovação/SC. Para o ensino fundamental foram sorteadas 3 instituições públicas e 3 privadas em cada região. Para o ensino médio foram sorteadas 2 instituições públicas e 2 privadas em cada região, exceto na região centro, onde foram sorteadas 3 escola particulares, devido ao número de alunas matriculadas nas duas escolas inicialmente sorteadas não suprirem a necessidade amostral deste estrato. Ressalta-se que, durante o período da pesquisa, as regiões norte e sul do município não possuíam escolas particulares com alunos do ensino médio, permanecendo sem representantes para estas categorias na amostra da pesquisa. Também na região norte, o ensino fundamental na rede privada possuía apenas uma escola, a qual foi inserida na amostra (Apêndice B).

Doze escolas selecionadas para participar da pesquisa não aceitaram o convite, justificando a impossibilidade de realizar as atividades da coleta de dados da pesquisa no mesmo período das atividades escolares

das alunas ou a dificuldade da realização da mesma no período oposto às atividades escolares devido à falta de espaço físico da escola, assim como a menor taxa de participação das alunas na pesquisa. Uma destas escolas pertence à região norte, vinculada a órgão público do município de Florianópolis. As demais pertencem à região central e à rede particular de ensino, possuindo a maioria delas alunos do ensino fundamental e médio.

As escolas que não aceitaram o convite foram substituídas por outras instituições, também sorteadas aleatoriamente, com o objetivo de garantir o número adequado de pontos de coleta de dados e de adolescentes conforme a estratificação desenhada. A amostra final da pesquisa foi composta por um total de 24 pontos de coleta.

A distribuição das adolescentes em cada instituição selecionada considerou a proporcionalidade na população e o número mínimo em cada estrato. A seleção das alunas ocorreu aleatoriamente, por meio de sorteio simples, a partir das listagens das turmas fornecidas pela unidade escolar, visando à representatividade de todas as faixas etárias.

A amostra final foi constituída por adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, presentes nos dias da coleta de dados, cujos pais ou responsáveis autorizaram sua participação na pesquisa. Não foram incluídas na amostra adolescentes que não aceitaram ser submetidas às atividades da pesquisa. Estudantes grávidas ou diabéticas foram automaticamente substituídas durante a coleta de dados, devido à possível interferência destes estados com o hábito alimentar, como a restrição de nutrientes (carboidratos simples) e com a imagem corporal, os quais poderiam levar a interpretação distorcida das questões abordadas nos testes aplicados (EAT-26 e BSQ-34).

Foram coletados dados de 1.219 adolescentes do sexo feminino. Durante o processamento dos dados, foram excluídas as adolescentes menores de 10 anos e maiores de 19 anos de idade, aquelas que apresentaram questões inválidas ou em branco nos testes EAT-26 ou BSQ-34. Sendo a amostra final do presente estudo composta por 1.148 adolescentes.

O tamanho final da amostra (1.148 adolescentes) excedeu ao tamanho da amostra mínima calculada (1.100 adolescentes) devido à

estratégia adotada para minimizar perdas ainda no momento da coleta de dados. Anterior às atividades da coleta propriamente dita, as adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa e levaram para os pais ou responsável o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Neste momento, foi selecionado em cada escola um número de adolescentes 30% maior que o mínimo estipulado por escola em cada estrato, prevenindo no dia da coleta de dados perdas decorrentes da ausência da adolescente na escola, do esquecimento do TCLE autorizado ou ainda desistência da adolescente na participação da pesquisa. O valor percentual adotado foi determinado no início da coleta de dados com base na experiência vivenciada com as primeiras escolas investigadas.

3.3 Treinamento da equipe de pesquisa

A equipe de pesquisa constituiu em 24 alunas do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e uma aluna do Programa de Pós- Graduação em Nutrição, na qualidade de pesquisadora principal.

O treinamento da equipe, realizado com carga horária total de 4 horas, consistiu na parte teórica: apresentação do projeto de pesquisa pela pesquisadora principal, destacando os objetivos da investigação e os procedimentos metodológicos. Cada membro da equipe recebeu uma cópia do questionário que seria utilizado na coleta de dados e, em seguida, realizou-se a leitura do instrumento. As dúvidas sobre o preenchimento do questionário e a interpretação das questões dos testes de sintomas de risco para transtorno alimentar (EAT-26) e imagem corporal (BSQ-34) foram apontadas pelos membros da equipe e logo elucidadas. Ressaltou-se a necessidade de solicitar as adolescentes, no início das atividades, o termo de consentimento livre e esclarecido autorizado pelos pais ou responsáveis, permitindo a participação na pesquisa somente as alunas autorizadas.

3.4 Teste piloto

A realização do teste piloto teve por objetivos oferecer maior treinamento à equipe de pesquisa, tornando-a mais experiente para o desenvolvimento das atividades de campo, assim como testar os instrumentos para a coleta de dados e identificar as possíveis dificuldades emergentes durante esta etapa.

O teste piloto foi realizado no dia 26 de novembro de 2004, em uma escola da região centro do município de Florianópolis, segundo critério regiões sócio-geográficas, e escola pública pelo critério de vinculação administrativa. As adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa pela diretora da escola, a qual entregou as alunas o termo de consentimento livre e esclarecido encaminhado aos pais. Participaram da coleta de dados 34 adolescentes (61,8% das convidadas) de 10 a 16 anos, estudantes da 4ª a 8ª série do ensino fundamental. A escolha desta escola justifica-se pelas características da unidade: população atendida pertencer a classes socioeconômica baixa e médio-baixa e com faixa etária comum ao ensino fundamental (10 a 14 anos). Julgou-se que as adolescentes de escolas com características semelhantes às descritas anteriormente seriam aquelas que provavelmente apresentariam as maiores dificuldades no desenvolvimento das atividades da coleta de dados.

O teste piloto propiciou a definição dos seguintes critérios para a coleta de dados: número mínimo de membros da equipe de pesquisa necessário para a coordenação das atividades por período; sequência das atividades a serem desenvolvidas; realização do convite à participação das adolescentes na pesquisa pelo membro da equipe, visando a maior motivação e comprometimento das alunas com a investigação; realização de ajustes no questionário, a fim de facilitar a compreensão e o preenchimento do mesmo; identificação das partes do questionário que as adolescentes apresentavam maior número de dúvidas, com o objetivo de reforçar a explicação destes pontos durante a realização da coleta; adoção de uma dinâmica diferenciada para as adolescentes da quarta série do ensino fundamental, com o objetivo de obter informações de melhor qualidade; formação de pequenos grupos de adolescentes para a realização das atividades, preferencialmente da mesma série ou série adjacente, a fim de homogeneizar a linguagem utilizada na explicação das atividades; e estimar o tempo necessário para coleta dos dados em cada escola.

3.5 Definição das variáveis e seus indicadores

3.5.1 Variáveis demográficas e socioeconômicas

As variáveis nome da escola, nome da adolescente, data da coleta de dados, data de nascimento, foram obtidas diretamente das adolescentes e registradas na Parte 1 do questionário de coleta de dados (Apêndice A).

3.5.2 Sintomas de risco para transtorno alimentar

A variável dependente sintomas de risco para transtorno alimentar foi obtida com a aplicação do Teste de Atitudes Alimentares - versão traduzida para o português por Nunes e colaboradores (1994) do original *Eating Attitudes Test* (EAT-26) (GARNER et al., 1982) e validada por Bighetti (2003). O teste EAT-26 compõe a Parte 2 do questionário de coleta de dados (Apêndice A).

A variável independente imagem corporal foi obtida com a aplicação do Questionário de Imagem Corporal - versão traduzida para o português por Cordás (2000) do original *Body Shape Questionnaire* (BSQ-34) (COOPER et al., 1987) e validada por Manetta (2002). O teste BSQ-34 compõe a Parte 3 do questionário de coleta de dados (Apêndice A).

Devido à característica autoaplicável, tanto o EAT-26 quanto o BSQ-34 foram preenchidos pelas próprias adolescentes na presença da equipe de pesquisa para propiciar o esclarecimento das dúvidas. No caso do BSQ-34, na explicação sobre o preenchimento do teste, as adolescentes foram orientadas a assinalar respostas referentes às quatro semanas anteriores à data da coleta dos dados, conforme previsto no questionário traduzido para o português e em sua versão original. Esta delimitação temporal tem por finalidade obter uma avaliação atual ou de um passado recente sobre a imagem corporal das adolescentes.

3.5.3 Variáveis dietéticas

O consumo alimentar das adolescentes foi investigado por meio da aplicação do método Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h) de um dia. O inquérito alimentar R24h foi aplicado pela equipe de pesquisa, com o auxílio da utilização de um registro fotográfico de utensílios e porções alimentares desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), para garantir uma maior exatidão e fidelidade dos dados coletados (VASCONCELOS, 2007). Tomou-se o cuidado de não entrevistar as adolescentes nas segundas-feiras, a fim de identificar o consumo alimentar típico durante os dias de semana. Além disso, a

amostragem foi distribuída com o objetivo de englobar os demais dias de consumo.

Para a presente investigação foram consideradas as variáveis independentes valor calórico total da dieta, consumo de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios), padrão de realização das refeições, ou seja, se realiza as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e as refeições intermediárias (lanche da manhã, lanche da tarde e ceia).

3.6 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o período de 08 de março a 08 de julho de 2005. Ocorreu no ambiente escolar, no mesmo período de estudo das alunas, variando entre matutino, vespertino e noturno. Aproximadamente quatro dias antes da data agendada para coleta de dados na escola, foi realizado o convite às adolescentes para a participação na pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O tema do estudo divulgado para as adolescentes foi “alimentação e imagem corporal”, sem mencionar o termo anorexia nervosa e ressaltada a data marcada para a da coleta de dados na escola.

Na pesquisa realizada em 2005, foi desenvolvido um questionário para a coleta de dados, considerando dados de identificação da escola e da aluna, especialmente a identificação de sintomas de risco para transtorno alimentar, satisfação com a imagem corporal e consumo alimentar (Apêndice A).

A coleta de dados com cada grupo de adolescentes iniciou com a explicação geral das atividades a serem desenvolvidas. A forma de preenchimento do questionário foi explicada adotando-se a mesma divisão do instrumento (4 etapas), sempre antes do início de cada etapa. A equipe de pesquisa esteve presente durante o desenvolvimento de todas as atividades, questionando as adolescentes sobre as possíveis dúvidas e elucidando-as quando necessário.

O R24h foi aplicado na etapa relacionada ao consumo alimentar. A entrevistadora conduziu o inquérito objetivando obter informações quantitativas sobre os alimentos e bebidas consumidos no dia anterior. Com o intuito de auxiliar a mensuração das porções, foi utilizado um

álbum fotográfico com porções alimentares e tamanhos de utensílios domésticos (BRASIL, 1996) .

3.7 Processamento e Análise dos dados

Os dados demográficos e relacionados aos sintomas de risco para transtorno alimentar foram processados a partir da construção de banco de dados no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 10.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Executou-se a entrada dos dados por dois operadores em arquivos separados (dupla entrada). Após, os arquivos foram confrontados possibilitando a detecção de erros e posterior correção.

Os dados de consumo alimentar foram inseridos no *software* Programa de Apoio à Nutrição – NutWin (ANÇÃO et al, 2002). Para as preparações e os alimentos não contemplados no banco original do programa foram consultadas tabelas de composição de alimentos (PINHEIRO et al, 2005; PHILIPPI, 2001) e os dados foram inseridos posteriormente. Foi gerado um arquivo de dados no programa Microsoft Excel. Os questionários com os dados considerados discrepantes foram revisados possibilitando a correção.

A variável independente vinculação administrativa foi categorizada em escola pública e privada. Já a variável independente idade das adolescentes foi calculada em anos. As faixas etárias foram categorizadas a partir de agrupamento de idades da seguinte forma:

- 10 – 14 anos, correspondente à faixa entre 10 e 14,99 anos de idade;
- 15 - 19 anos, correspondente à faixa entre 15 e 19,99 anos de idade.

Essa categorização busca considerar que o início dos primeiros sintomas da AN ocorre aos 13-14 anos e 17-18 anos (APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; HOEK; HOEKEN, 2003).

As adolescentes com sintomas de risco para transtorno alimentar foram identificadas pela pontuação total obtida no EAT-26. As adolescentes que somaram 21 pontos ou mais no EAT-26 foram

classificadas como sintomáticas para anorexia nervosa, ou seja, com comportamento alimentar de risco para o desenvolvimento da doença (GARNER et al., 1982; NUNES et al., 1994). Dessa forma, o resultado do EAT-26 foi categorizado em EAT positivo (EAT+) para sintomas de risco para transtorno alimentar e EAT negativo (EAT -) para ausência de sintomas de risco para transtorno alimentar como demonstra o **Quadro 3**.

Quadro 3 – Pontos de corte da pontuação total do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) conforme categorias de sintomas de risco para transtorno alimentar.

Ponto de corte	Significado
≥21 pontos	EAT+ (presença de sintomas de risco para transtorno alimentar)
<21 pontos	EAT- (ausência de sintomas de risco para transtorno alimentar)

Fonte: GARNER et al. (1982); NUNES et al. (1994).

A avaliação da imagem corporal das adolescentes foi obtida pela aplicação do BSQ-34. As adolescentes que somaram 111 pontos ou mais no BSQ-34 foram classificadas como insatisfeitas com a imagem corporal. Dessa forma, o resultado do BSQ-34 foi categorizado em BSQ positivo (BSQ+) para insatisfação com a imagem corporal e BSQ negativo (BSQ -) para satisfação com a imagem corporal, como demonstra o **Quadro 4**.

Quadro 4 - Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do *Body Shape Questionnaire* (BSQ-34) para a categorização da variável 'satisfação com a imagem corporal'.

Ponto de corte	Significado
≥111 pontos	BSQ+ (insatisfação com a imagem corporal)

<111 pontos	BSQ- (satisfação com a imagem corporal)
-------------	--

Fonte: Adaptado de COOPER et al. (1987); CORDÁS (2000).

A avaliação do consumo alimentar foi obtida com o cálculo do consumo de energia em quilocalorias e de macronutrientes em gramas (proteínas, lipídios e carboidratos). Os cálculos do consumo diário de energia e de macronutrientes, bem como as respectivas recomendações diárias foram executados no Programa de Apoio a Nutrição NutWin (ANÇÃO et al, 2002). Para os cálculos de requerimento energético foram utilizadas as equações para o cálculo de necessidades energéticas estimadas (EER) recomendadas pela *Dietary Reference Intakes for Energy, carbohydrates, fiber, fat, protein and acids* (IOM, 2005), que considera o peso, a altura, a idade e o fator de atividade do indivíduo. No presente estudo foi utilizado 1,3 como fator de atividade para todas as adolescentes. Foi categorizado como Inadequado EER o consumo inferior a 100% das necessidades energéticas estimadas e em Adequado EER o consumo igual ou superior a 100% das necessidades energéticas estimadas. Analisou-se também a distribuição relativa dos macronutrientes da dieta (carboidratos, lipídios e proteínas) em relação ao valor calórico total (VCT), utilizando-se como referência os valores da *Institute of Medicine* (IOM, 2005): carboidratos 45 a 65% do VCT, proteínas 10 a 35% do VCT e lipídios 20 a 35% do VCT. Além disso, os dados dos alimentos consumidos foram processados para fins de se obter a frequência absoluta. Esses alimentos foram agrupados de acordo com os oito grupos alimentares da Pirâmide Alimentar (PHILIPPI et al, 1999) em: 1º cereais, pães, tubérculos e raízes; 2º hortaliças; 3º frutas; 4º leite e produtos lácteos; 5º leguminosas; 6º carnes e ovos; 7º óleos e gorduras; 8º açúcares e doces.

A avaliação da realização das três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e das refeições intermediárias (lanche da manhã, lanche da tarde e ceia) foi obtida a partir do R24h. A não realização da refeição foi considerada omissão.

O **Quadro 5** apresenta a classificação das variáveis analisadas no presente estudo.

Quadro 5 – Descrição das variáveis analisadas neste estudo.

Variáveis	Nome	Tipo	Categorias
-----------	------	------	------------

Socio demo - Gráfi -cas	Idade	idadead	Catagórica ordinal politômica	10-14 anos 15-19 anos
	Vinculação administrativa da escola	rede	Catagórica nominal dicotômica	Pública Privada
Sinto mas de risco para trans torno ali men tar	Sintomas de risco para transtorno alimentar	somaeat	Catagórica nominal dicotômica	EAT+ (≥ 21 pontos) EAT- (<21 pontos)
	Satisfação com Imagem Corporal	somabsq	Catagórica nominal dicotômica	BSQ+ (≥ 111 pontos) BSQ- (<111 pontos)
Con sumo Alimen tar	Energia	energia	Catagórica nominal dicotômica	<100% Inade quado ≥ 100 Adequa do
	Consumo de Carboidratos	carbo	Catagórica nominal politômica	<45% do VCT 45-65% do VCT >65% do VCT
	Consumo de Proteínas	proteina	Catagórica nominal politômica	<10% do VCT 10-35% do VCT >35% do VCT
	Consumo de Lipídios	lipídios	Catagórica nominal politômica	<20% do VCT 20-35% do VCT >35% do VCT
	Café-da manhã	cm	Catagórica nominal dicotômica	Sim Não
	Lanche da manhã	lm	Catagórica nominal dicotômica	Sim Não
	Almoço	al	Catagórica nominal dicotômica	Sim Não

	Lanche da tarde	lt	Catagórica nominal dicotômica	Sim Não
	Jantar	jt	Catagórica nominal dicotômica	Sim Não
	Ceia	ce	Catagórica nominal dicotômica	Sim Não

Os cálculos estatísticos foram realizados com o apoio do *software Statacorp Stata Statistical Software* (STATA 11.0). Foram realizadas análises bi e multivariadas para comportamentos alimentares disfuncionais por meio da regressão logística. Primeiramente, foi realizada análise bivariada para verificar as associações entre a variável dependente (sintomas de risco para transtorno alimentar) e cada variável independente: imagem corporal, rede de ensino, faixa etária, consumo de energia obtendo-se as razões de odds e respectivos intervalos de confiança de 95%. Em seguida, realizou-se a análise multivariada, utilizando o método de regressão para trás (backward), no qual todas as variáveis foram incluídas no modelo e permaneceram aquelas com valor $p < 0,20$. As variáveis de cada nível foram ajustadas entre si e para aquelas que se encontravam no nível imediatamente superior, sendo mantidas no modelo final as variáveis com significância estatística ($p \leq 0,05$). Os resultados são apresentados pelas razões de odds e respectivos intervalos de confiança de 95%.

3.8 Procedimentos éticos da pesquisa

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa ocorrida em 2006 obteve aprovação sob o número 260/04 (Anexo A).

Foi assinado, pelos pais ou responsáveis de cada adolescente incluída na investigação, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando o anonimato das informações obtidas em virtude da pesquisa.

4. ARTIGO ORIGINAL

Sintomas de transtorno alimentar, insatisfação com a imagem corporal e consumo alimentar em meninas adolescentes de Florianópolis, SC

Symptoms of eating disorder, body image dissatisfaction and food intake in adolescent girls of Florianópolis, SC

Título corrido: Consumo alimentar, sintomas de risco para transtorno alimentar e imagem corporal

Food intake, symptoms of eating disorder risk and body image

Lidiamara Dornelles de Souza¹

Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos¹

¹Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

O artigo foi formatado para submissão ao periódico Cadernos de Saúde Pública.

RESUMO

Objetivo: Investigar associação entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal das adolescentes de Florianópolis, SC. **Métodos:** Estudo transversal, com 1052 adolescentes. Presença de sintomas de risco para transtorno alimentar (EAT+) foi identificada pelo EAT-26 e a insatisfação com a imagem corporal (BSQ+) pelo BSQ-34. O consumo alimentar e o padrão de realização das refeições foram avaliados por recordatório de 24h. Foi aplicada regressão logística. **Resultados:** O consumo médio de energia foi de 2.047 kcal. Os alimentos mais consumidos foram pão, arroz, suco, leite, açúcar refinado. A maioria dos adolescentes realizou as refeições principais: café da manhã (83%), almoço (96%) e jantar (90%). Entre as adolescentes que não realizavam café da manhã, 14,3% apresentaram EAT+. Entre as adolescentes que não realizavam café da manhã, 25,5% apresentaram BSQ+. **Conclusão:** O estudo não encontrou associação significativa entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal.

Palavras Chave: Anorexia nervosa, imagem corporal, consumo alimentar

ABSTRACT

Objective:To investigate the association between food intake, symptoms of eating disorder risk and body image dissatisfaction in adolescents from Florianópolis, SC.**Methods:** cross-sectional study, with 1052 teenagers. The presence of symptoms of eating disorder risk (EAT +) was identified by the EAT-26 and evaluation of body image dissatisfaction by BSQ-34. Food intake and meal times were evaluated by 24-hour food recall. It was applied logistic regression. **Results:** The average energy intake was 2,047 kcal. The foods most consumed were bread, rice, milk, juice, sugar. The majority of adolescents held the three main meals: breakfast (83%), lunch (96%) and dinner (90%). Among the adolescents who were not the breakfast, 14.3% showed EAT +. Among the adolescents who were not the breakfast, 25.5% showed BSQ +. **Conclusion:** The study did not show a significant association between food intake, symptoms of eating disorder risk and body image dissatisfaction.

Key words: anorexia nervosa, body image, food intake

Introdução

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição (DSM-IV-TR), a anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar onde há recusa do indivíduo em manter o peso corporal adequado para a sua estatura, medo intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo, além de negação da própria condição patológica. Além disso, as mulheres pós-menarca com este transtorno são amenorreicas¹.

O desenvolvimento da AN ocorre por uma restrição dietética progressiva com a eliminação de alimentos considerados mais calóricos, principalmente pelo medo de engordar e o desejo persistente de emagrecer. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com a diminuição do número de refeições até jejum completo ou restrição a uma dieta pouco calórica^{2,3,4}.

A AN atinge predominantemente mulheres, considerando que cerca de 90% dos pacientes são do sexo feminino e somente 5-10% são do sexo masculino, sugerindo que a pressão social, pautada no ideal de beleza feminina regido pela magreza, exerça uma participação importante para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Estima-se uma frequência de 2 a 4 casos de AN entre mil adolescentes nas sociedades ocidentais e que a prevalência varia de 0,5 a 3,7%^{5,6,7}.

Esse transtorno alimentar tem seu início frequentemente na adolescência. As mudanças corporais presentes nessa fase da vida, em especial o acúmulo de gordura, podem gerar uma recusa a essa nova imagem, especialmente nas adolescentes, que acabam relacionando esse problema com o consumo alimentar⁸.

De acordo com Vale⁹, o que mais chama atenção do ponto de vista epidemiológico, não são os casos que preenchem todos os critérios diagnósticos, pois para esses a prevalência é baixa (em torno de 1% a 3%), mas principalmente o grande número de mulheres que apresentam práticas alimentares e comportamentos típicos de um transtorno alimentar (prevalência em média 30%), sem atingir todos os critérios diagnósticos: são as chamadas síndromes parciais ou casos sub-clínicos.

Alguns comportamentos alimentares inadequados, como exclusão de determinados alimentos ou de refeições ao longo do dia, bem como a realização de dietas não balanceadas, podem aparecer

isoladamente ou constituírem parte de um transtorno alimentar, podendo comprometer a saúde do adolescente¹⁰.

No Brasil e, particularmente, em Florianópolis, Santa Catarina, poucas pesquisas têm sido realizadas procurando investigar as relações entre consumo alimentar e transtornos alimentares em adolescentes. Assim, esse estudo objetivou investigar a associação entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal das adolescentes da rede de ensino fundamental e médio de Florianópolis, SC.

Método

Trata-se de estudo transversal de base populacional escolar realizado no ano de 2005, cuja população investigada constituiu-se em adolescentes do sexo feminino de 10 a 19 anos de idade, matriculadas entre a 4ª série do ensino fundamental e a 3ª série do ensino médio do município de Florianópolis, Santa Catarina. Os procedimentos metodológicos para definição do tamanho e seleção da amostra já foram descritos em publicação anterior¹¹. Em síntese, reitera-se que o tamanho da amostra foi calculado considerando prevalência de sintomas de anorexia nervosa de 20%^{12,13,14}, com 95% de confiança, 4% de erro amostral, e efeito de desenho de 1,4, totalizando 1.100 adolescentes.

Para fins de estratificação da amostra, foi considerada a distribuição das escolas segundo as regiões sócio-geográficas do município (norte, sul, centro e continente) e sua vinculação administrativa (pública e privada). Depois, a amostra foi distribuída proporcionalmente no ensino fundamental e médio. A seleção ocorreu aleatoriamente, por meio de sorteio simples, em duas etapas. Realizou-se, primeiro, o sorteio das escolas em cada região e, posteriormente, o sorteio das adolescentes nessas unidades. A amostra final da pesquisa foi distribuída em 24 pontos diferentes de coleta (escolas) e constituída por adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, presentes nas escolas nos dias da coleta e cujos pais autorizaram a participação na pesquisa. Foram excluídas as adolescentes que não aceitaram ser submetidas às atividades da pesquisa. Estudantes grávidas ou diabéticas foram automaticamente substituídas durante a coleta de dados, devido à possível interferência destes estados com o hábito

alimentar e a imagem corporal, os quais poderiam levar a interpretação distorcida das questões abordadas nos testes aplicados.

Ao final da coleta de dados, 1.219 adolescentes do sexo feminino foram investigadas. Durante o processamento dos dados, excluíram-se 167 adolescentes: por serem menores de 10 anos de idade ou maior de 19 anos de idade, não informarem corretamente o ano de nascimento, apresentaram questões inválidas ou em branco nos instrumentos aplicados. Desta forma, a amostra final do presente estudo foi composta por 1.052 adolescentes.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no ambiente escolar, durante o período de estudo das adolescentes. Os dados foram coletados por uma equipe de pesquisa composta por nutricionistas e acadêmicos concluintes da graduação em nutrição, capacitados para o desenvolvimento das atividades de campo. Foi realizado teste piloto em uma escola do município com 34 adolescentes de 10 a 16 anos de idade, estudantes da 4a a 8a série do ensino fundamental, cujos dados coletados não foram incluídos na amostra.

A identificação de sintomas de risco para transtorno alimentar foi realizada por intermédio do Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test*; EAT-26) – versão traduzida para o português por Nunes et al¹⁵ do original EAT-26¹⁶ e validada por Bighetti¹⁷. A imagem corporal foi investigada pelo Questionário de Imagem Corporal (*Body Shape Questionnaire*; BSQ-34) – versão traduzida para o português por Cordas¹⁸ do original BSQ-34¹⁹ e validada por Manetta²⁰. Para o BSQ-34, as adolescentes foram orientadas a assinalar respostas referentes às quatro semanas anteriores à data da coleta de dados, conforme previsto no questionário original e na versão traduzida para o português, objetivando uma avaliação da imagem corporal atual ou de um passado recente. Em razão da característica auto-aplicável de ambos os testes, eles foram preenchidos pelas próprias adolescentes. O consumo alimentar das adolescentes foi investigado por meio da aplicação do método Recordatório de 24 horas (R24h) de um dia. O inquérito alimentar R24h foi aplicado com o auxílio da utilização de um registro fotográfico de utensílios e porções alimentares desenvolvido pelo

Ministério da Saúde²¹, para garantir uma maior exatidão e fidelidade dos dados coletados²². Tomou-se o cuidado de não entrevistar as adolescentes nas segundas-feiras, a fim de identificar o consumo alimentar típico durante os dias de semana.

Análise dos dados

Os dados foram processados e analisados pela construção de banco de dados no programa SPSS 10.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Executou-se a entrada dos dados por dois operadores em arquivos separados (dupla entrada). Os dados de consumo alimentar foram inseridos no *software* Programa de Apoio à Nutrição – NUTWIN²³. Para as preparações e alimentos não contemplados no banco original do programa foram consultadas tabelas de composição de alimentos^{24,25} e os dados foram inseridos posteriormente. Foi gerado um arquivo de dados no programa Microsoft Excel.

A idade das adolescentes foi calculada em anos e agrupada em faixas etárias. As adolescentes com sintomas de risco para transtorno alimentar foram identificadas pela pontuação total obtida no EAT-26. O teste é uma escala de Likert, as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre 0 e 3, sendo a maior pontuação conferida à resposta extrema na direção da anorexia nervosa. As adolescentes que somaram 21 pontos ou mais no EAT-26 foram classificadas como sintomáticas para anorexia nervosa, ou seja, com comportamento alimentar de risco para o desenvolvimento da doença^{13,14}. Dessa forma, o resultado do EAT-26 foi categorizado em: EAT positivo (EAT+) para sintomas de risco para transtorno alimentar e EAT negativo (EAT-) para ausência de sintomas de risco para transtorno alimentar.

A avaliação da imagem corporal das adolescentes foi realizada pelo BSQ-34. O teste é uma escala de Likert, as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre 1 e 6, sendo a maior pontuação conferida à resposta extrema na direção da preocupação com a imagem corporal. O teste permite avaliar a preocupação com a imagem corporal, especialmente no sentido de sentir-se com excesso de peso. Nesta pesquisa, as adolescentes que somaram 111 pontos ou mais no BSQ-34 foram classificadas como insatisfeitas com a imagem corporal (ponto de corte adaptado de Cooper et al¹⁹ e Cordás¹⁸). O resultado do BSQ-34 foi

categorizado em: BSQ positivo (BSQ+) para insatisfação com a imagem corporal; e BSQ negativo (BSQ-) para satisfação.

A avaliação do consumo alimentar foi realizada por meio do cálculo de consumo de energia em quilocalorias e de macronutrientes em gramas (proteínas, lipídios e carboidratos). Os cálculos do consumo diário de energia e de macronutrientes, bem como as respectivas recomendações diárias foram executados no Programa de Apoio a Nutrição NutWin²³. Para o cálculo do requerimento energético estimado foi utilizado a equação para o cálculo de necessidades energéticas estimadas (EER) recomendada pela *Dietary Reference Intakes for Energy, carbohydrates, fiber, fat, protein and acids*²⁶ que considera o peso, a altura, a idade e o fator de atividade do indivíduo. No presente estudo foi utilizado 1,3 como fator de atividade para todas as adolescentes. Foi categorizado como Inadequado EER o consumo inferior a 100% das necessidades energéticas estimadas e em Adequado EER o consumo igual ou superior a 100% das necessidades energéticas estimadas. Analisou-se também a distribuição relativa dos macronutrientes da dieta (carboidratos, lipídios e proteínas) em relação ao valor calórico total (VCT), utilizando-se como referência os valores recomendados pelo *Institute of Medicine - IOM (2005)*²⁶: carboidratos 45 a 65% do VCT, proteínas 10 a 35% do VCT e lipídios 20 a 35% do VCT. Além disso, os dados dos alimentos consumidos foram processados para fins de se obter a frequência absoluta e percentual de consumo. Esses alimentos foram agrupados de acordo com os oito grupos alimentares da Pirâmide Alimentar²⁷, em: 1º) cereais, pães, tubérculos e raízes; 2º) hortaliças; 3º) frutas; 4º) leite e produtos lácteos; 5º) leguminosas; 6º) carnes e ovos; 7º) óleos e gorduras; 8º) açúcares e doces. A partir do R24h, avaliou-se também o consumo das três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e das três intermediárias (lanche da manhã, lanche da tarde e ceia). Quando a refeição não foi realizada, foi classificado como omissão de refeição.

Análise estatística

Os cálculos estatísticos foram realizados com o apoio do programa Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A variável sintomas de risco para transtorno alimentar é a variável dependente ou desfecho deste estudo, do tipo dicotômica (EAT+ e EAT-). As variáveis independentes são: idade da adolescente, satisfação com a imagem corporal, vinculação administrativa das escolas (pública e

privada), energia, macronutrientes, padrão de realização de refeições (realização do café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia). O teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado para analisar a associação da variável dependente (sintomas de risco para transtorno alimentar) com as demais variáveis.

Para os grupos de adolescentes formados segundo o tipo de vinculação administrativa das escolas, idade das adolescentes e satisfação com a imagem corporal também foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para verificar as possíveis associações e diferenças estatísticas de acordo com o padrão de refeições.

Foram realizadas análises bi e multivariadas para sintomas de risco para transtorno alimentar por meio da regressão logística. Primeiramente, foi realizada análise bivariada para verificar as associações entre a variável dependente (sintomas de risco para transtorno alimentar) e cada variável independente: imagem corporal, rede de ensino, faixa etária, consumo de energia obtendo-se as razões de odds e respectivos intervalos de confiança de 95%. Em seguida, realizou-se a análise multivariada, utilizando o método de regressão para trás (backward), no qual todas as variáveis foram incluídas no modelo e permaneceram aquelas com valor $p < 0,20$. As variáveis de cada nível foram ajustadas entre si e para aquelas que se encontravam no nível imediatamente superior, sendo mantidas no modelo final as variáveis com significância estatística ($p \leq 0,05$). Os resultados são apresentados pelas razões de odds e respectivos intervalos de confiança de 95%.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sob número 260/04. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos pais ou responsáveis de cada adolescente incluída na investigação.

Resultados

O estudo obteve a adesão de 86% das adolescentes. A média de idade das adolescentes foi de 14,1 anos (DP=2,3). Entre as participantes, 61,3% são de escolas públicas e 38,7% de escolas privadas.

De acordo com o EAT-26, foram encontradas 154 alunas (14,6%) com um escore positivo (EAT+). A prevalência de BSQ+ foi de 18,7%. As adolescentes de escola pública apresentaram maior prevalência de EAT+ (15,7%). A prevalência de EAT+ foi maior nas adolescentes de 10-14 anos (17,3%) do que nas de 15-19 anos (13%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,022$). A prevalência de EAT+ foi maior nas adolescentes com inadequado EER(16,4%) do que nas adolescentes com adequado EER(14,1%), sendo que essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,352$). No modelo de regressão logística múltipla, a insatisfação com a imagem corporal (BSQ+) revelou ser o maior fator de risco para a manifestação de sintomas de risco para transtorno alimentar (OR = 14,98; IC95%: 10,03-22,35) (Tabela 1).

O consumo médio de energia foi de 2.047 kcal. O consumo de energia total foi abaixo do recomendado para 57,7% das meninas. Quanto aos macronutrientes, 67% das adolescentes obtiveram um consumo dentro dos limites recomendados para carboidratos. Para lipídios, 66% alcançaram os limites recomendados e para as proteínas, 84% das adolescentes. Quanto aos lipídios, também se observou um consumo acima do limite superior da recomendação para 23% das adolescentes.

Foram relatados 314 diferentes alimentos. Os vinte alimentos mais consumidos pelas adolescentes foram pão, arroz, suco, leite, açúcar refinado, feijão, margarina, bala, achocolatado, queijo, refrigerante, frango, chiclete, macarrão, tomate, biscoito, carne, alface, bife e chocolate, respectivamente (Figura 1). Quando agrupados, o grupo mais consumido foi o dos pães, cereais, raízes e tubérculos (26,5%), seguido dos grupos dos açúcares e doces (20,3%), dos leites e produtos lácteos (13,7%), das carnes e ovos (12,4%), das frutas (10,5%), das hortaliças (6,7%), dos óleos e gorduras (6%) e das leguminosas (3,9%).

Segundo o padrão de realização de refeições, verificou-se que a maioria dos adolescentes realizou as três refeições principais: café da manhã (83%), almoço (96%) e jantar (90%). Quanto aos lanches intermediários, 59% faziam lanche da manhã, 88% lanche da tarde e 35% ceia.

A prevalência de omissão de lanche da manhã foi 89% maior nas adolescentes de escolas públicas do que nas de escolas privadas,

sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A omissão do almoço também foi maior nas adolescentes de escolas públicas (5,5%) do que nas de escolas privadas (1,2%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A prevalência de omissão de ceia foi 20% maior nas adolescentes de escola pública do que nas de escolas privadas, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,049$) (Tabela 4).

As adolescentes da faixa etária entre 10-14 anos apresentaram 50,5% de omissão de lanche da manhã e 58,5% de omissão de ceia. Já as adolescentes da faixa etária de 15-19 anos apresentaram omissão de ceia de 65,4%. Quando comparadas, as faixas etárias não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na omissão das refeições.

Entre as adolescentes que não realizavam o café da manhã, 14,3% apresentaram EAT+. Entre aquelas que não realizavam o almoço, 14,6% apresentaram escore positivo no EAT-26. Já entre aquelas que omitiam o jantar, 11% apresentaram EAT+ (Tabela 2). Entre as adolescentes que consumiam menos de 45% de carboidratos diários, 16,8% apresentaram EAT+. Entre as adolescentes que consumiam menos de 20% de lipídios na dieta, 2,09% apresentaram EAT+. A prevalência de EAT+ entre as adolescentes que consumiam menos de 10% de proteínas na dieta foi de 19,2%.

A prevalência de BSQ+ entre as adolescentes que não realizavam café da manhã foi de 25,5%. Entre as que não realizavam o almoço, foi de 15,6%. Já entre aquelas que não realizavam o jantar, foi de 16,4% (Tabela 3). As adolescentes que consumiam menos de 100% das necessidades diárias de energia apresentaram prevalência de 18,3% no BSQ+. Entre as adolescentes que consumiam menos de 45% e carboidratos diários, 12,5% apresentaram BSQ+. Entre aquelas que consumiam menos de 20% de lipídios na dieta, 21,3% apresentaram BSQ+. A prevalência de BSQ+ entre as adolescentes que consumiam menos de 10% de proteínas na dieta foi de 26,3%.

Discussão

A prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar encontrada neste estudo está dentro da amplitude dos resultados das pesquisas nacionais e internacionais que empregaram o mesmo

instrumento em adolescentes. No Brasil, estudo de Vilela et al²⁸ com 1807 estudantes com idade entre 7 e 19 anos encontrou 13,3% de prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar. O estudo de Perini et al²⁹, com atletas da seleção de nado sincronizado (n=27), encontrou prevalência de 15,8% de sintomas de risco para transtorno alimentar entre as atletas da categoria júnior. Já Dunker; Fernandes; Filho³⁰ encontraram prevalência de 30,6% de adolescentes do sexo feminino de 15 a 18 anos com sintomas de risco para transtorno alimentar (n=183). Em Florianópolis, foi realizado um estudo com estudantes universitárias (n=221) na faixa etária de 19 a 25 anos, o qual encontrou 22,2% das universitárias com sintomas de risco para transtorno alimentar¹². Outro estudo com estudantes universitárias (n=220) com média de idade de 20,2 anos, em Florianópolis, encontrou prevalência de 8,3% de sintomas de risco para transtorno alimentar³¹.

No panorama mundial, Benavente et al³² investigaram estudantes de 12 a 15 anos de idade, de ambos os sexos (n = 764), em Sevilla, Espanha, encontrando prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar na ordem de 8,8%. Também na Espanha, na cidade de Girona, Ferrando et al.³³ investigaram estudantes de 14 a 19 anos (n = 955) e encontraram prevalência de sintomas de risco para transtorno alimentar igual a 16,3% para o sexo feminino. Na Turquia, estudo com 951 estudantes de ambos os sexos encontrou prevalência de 7,5% de sintomas de risco para transtorno alimentar³⁴. Marlowe, em estudo realizado nas Bermudas com 836 estudantes apontou prevalência de 7,3% de sintomas de risco para transtorno alimentar³⁵.

Nosso estudo apresentou taxas de prevalência maiores nas adolescentes com idade entre 10 e 14 anos. Pode-se supor que as adolescentes na faixa etária dos 10 aos 14 anos estejam em uma fase de exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno; por ser uma faixa etária marcada pela presença de preocupação com a imagem corporal devido às mudanças corporais. Por outro lado, o resultado também pode ser reflexo de uma tendência precoce do desenvolvimento de anorexia nervosa nos últimos anos, observada pelo aumento no número de casos em idades mais novas^{14, 36}.

Com relação à ingestão de macronutrientes, a maioria das adolescentes tiveram a distribuição de acordo com as recomendações. Esse comportamento também foi visto no estudo de Bertin et al com adolescentes na cidade de São Mateus do Sul, no Paraná (n=170)³⁷.

Estudo de Leal et al investigou o consumo alimentar de adolescentes na cidade de Ilhabela, São Paulo (n=228)³⁸ e encontraram, entre os macronutrientes, um consumo dentro dos limites recomendados similar ao nosso estudo: entre 52% dos adolescentes para carboidratos, entre 51% deles para lipídios e entre 46% dos jovens para proteínas. Quanto aos lipídios, também se observou um consumo acima do limite superior da recomendação para grande parte da amostra (47%). Na anorexia nervosa a aversão a carboidratos e gorduras está presente, enquanto o consumo de proteínas normalmente está dentro da porcentagem que deve ser ingerida³⁹. Entretanto, o desequilíbrio observado nesse estudo pode contribuir para um maior risco de excesso de peso e obesidade na adolescência do que um transtorno alimentar.

Os alimentos mais consumidos pelas adolescentes foram na maioria os mesmos encontrados em outros estudos^{40,41,42}. A variabilidade alimentar é evidenciada pela quantidade de diferentes alimentos consumidos pelas adolescentes (n= 314). Entretanto é importante destacar a pouca variedade de frutas, legumes e verduras. As frutas estão contempladas na forma de suco. As frutas *in natura* que mais são consumidas pelas adolescentes são a maçã e a banana. Entre os legumes e verduras, os mais consumidos são o tomate e a cenoura. Isso evidencia uma monotonia alimentar que pode gerar uma deficiência de micronutrientes importantes nessa faixa etária. Considerando que o grupo dos pães, cereais, raízes e tubérculos foi o mais consumido, seguido do grupo dos açúcares e doces, a aversão a carboidratos não se fez presente nas adolescentes do estudo. De qualquer forma, é importante salientar que as aversões não podem ser generalizadas considerando que alguns pacientes mantem a ingestão de doces e frituras em quantidades pequenas e esporádicas⁴³.

A avaliação da realização de refeições mostrou-se satisfatória, pois 83% dos adolescentes estudados tomavam café da manhã, 96% almoçavam e 90% jantavam, demonstrando valores elevados para as três refeições principais. Avaliando os hábitos alimentares de adolescentes de Porto Alegre⁴⁴, Rio Grande do Sul, foi encontrado também que 96% dos jovens almoçavam e 86,8% jantavam todos os dias da semana. Na Bahia este percentual foi ainda maior, com 96,6% dos adolescentes realizando três ou mais refeições por dia⁴⁵. Em Ilhabela, São Paulo, 79% dos adolescentes tomavam café da manhã, 93% almoçavam e 94% jantavam³⁸.

Ressalta-se, no entanto, um percentual elevado (17%) de omissão do café da manhã, similar ao encontrado em Niterói⁴⁶ (18,7%) e Porto Alegre⁴⁴ (16%) e superior ao encontrado em Viçosa⁴⁷ (11%), Rio de Janeiro⁴⁸ (8%) e Guarulhos⁴⁹ (2,5%). A omissão de refeições é um hábito muito comum entre os adolescentes, especialmente o café da manhã⁵⁰. Isso é mais frequente entre as meninas como forma de perder peso^{51,52,53}.

As adolescentes de escolas públicas demonstraram omitir mais os lanches intermediários (lanche da manhã e ceia) do que as adolescentes de escolas particulares. Estudo de Leal et al³⁸, com adolescentes de uma escola pública de Ilhabela, SP (n=228) encontrou alta prevalência de omissão desses lanches: 58% omitiam o lanche da manhã e 84% a ceia. Já as adolescentes das escolas particulares demonstraram omissão de almoço 2,29 maior que as adolescentes de escolas públicas.

Em relação à associação entre a omissão de refeições e o escore positivo no EAT-26, nenhuma das diferenças foi estatisticamente significativa. Destaca-se o percentual de meninas com EAT+ que consomem abaixo das recomendações de energia e macronutrientes. A dieta na anorexia nervosa é tipicamente hipocalórica; de normal a hiperproteica; e em relação aos carboidratos e gorduras pode ter variações de hipo a hiperglicídica e lipídica, respectivamente⁴³.

Está presente, na anorexia nervosa, um medo de ganhar peso, mesmo estando abaixo do peso, e uma supervalorização do corpo como um todo ou de suas partes, classicamente descrito como distorção da imagem corporal⁵⁴. A associação entre a omissão de refeições e o escore positivo no BSQ-34 nesse estudo não obteve nenhuma diferença estatisticamente significativa. A percepção negativa da imagem corporal em mulheres que se consideram com excesso de peso, mesmo apresentando Índice de Massa Corporal (IMC) adequado, influencia fortemente o comportamento alimentar. A insatisfação constante com o corpo representa um forte fator de risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa⁵³.

Conclusão

Pode-se concluir que a amostra de adolescentes investigada no Município de Florianópolis apresenta índices de sintomas de risco para

transtorno alimentar semelhantes aos observados em outras regiões brasileiras. A insatisfação com a imagem corporal (BSQ+) revelou ser o maior fator de risco para a manifestação de sintomas de risco para transtorno alimentar. Sintomas de risco para transtorno alimentar e a insatisfação com a imagem corporal não apresentaram associação com o consumo alimentar das adolescentes. Entretanto, as adolescentes com EAT+ e BSQ+ apresentaram prevalências de omissão das principais refeições consideravelmente altas.

A omissão de lanche da manhã e almoço foi maior nas adolescentes de escolas privadas do que as de escolas públicas. Já a omissão de ceia foi maior nas adolescentes das escolas públicas. A omissão de refeições é um hábito comum entre os adolescentes, o que pode contribuir para uma inadequação dietética, especialmente de micronutrientes, como o cálcio. Por isso a importância da realização de estudos de consumo alimentar que considerem também os micronutrientes.

É importante salientar a diversidade de alimentos encontrada. Isso demonstra a variabilidade alimentar das adolescentes de Florianópolis. Entretanto, destaca-se a pouca variedade de frutas, legumes e verduras, evidenciando uma possível monotonia alimentar desse grupo.

A principal limitação do estudo refere-se ao seu delineamento de corte transversal, o que dificulta verificar a relação causa-efeito entre as variáveis. Ressaltam-se ainda as limitações inerentes ao método de inquérito dietético como a necessidade de memória das alunas. Além disso, a utilização de um único R24h permite estimar a ingestão atual das adolescentes e não a habitual. No entanto, informação sobre o consumo alimentar de apenas um dia pode ser aceitável para a estimativa de médias de consumo global (energia e macronutrientes) de grandes amostras.

Ressalta-se que este é o primeiro estudo a investigar a relação entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes da cidade de Florianópolis.

Referências

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-RT. 4.ed., Washington, 2000.
2. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr 2004; 31:154-157.
3. Nakamura E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: Busse SR. (Org.). Anorexia, bulimia, obesidade. Barueri: Manole; 2004, cap.2, p.12-29.
4. Nunes MA, Ramos DC. Anorexia nervosa: Classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes MA, Appolinário JC, Abuchaim ALA, Coutinho W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998, p. 21-39.
5. Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. Rev Psiquiatr Clín 2004; 31:158-160.
6. Salzano FT, Cordás TA. Transtornos alimentares. In: Abreu CN, Salzano FT, Vasques F, Cangelli Filho R, Cordás TA (org), Síndromes psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 111-117
7. Schmidt E, Mata GF. Anorexia nervosa: uma revisão. Fractal, Rev Psicol, 2008; 20:387-400 .
8. Leal GVS. Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física de adolescentes do Projeto Ilabela-SP. 2008. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
9. Vale, AMO. Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza. 2002. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.
10. Fleitlich, B.W., Larino, M.A., Cobelo, A., Cordás, T.A. Anorexia nervosa na adolescência. J Ped 2000; 76:323-329.

11. Alves E, Vsconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. 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* 2008; 24:503-512.
12. Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr* 2001; 14:3-6.
13. Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr* 2003; 16:51-60.
14. Sampei MA, Sigulem DM, Novo NF, Juliano Y, Colugnati FAB. Atitudes alimentares e imagem corporal em meninas adolescentes de ascendência nipônica e caucasiana em São Paulo (SP). *J Pediatr* 2009; 85:122-128.
15. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL* 1994; 1:7-10
16. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. Eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; 12:871-8.
17. Bighetti F, Santos CB, Santos JE; Ribeiro RPP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J. Bras. Psiquiatr* 2004; 53:339-346.
18. Cordás TA. Questionário de Imagem Corporal – versão para mulheres. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, organizadores. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 352-3.
19. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord* 1987; 6:485-94.
20. Manetta MCDP. Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ “Body Shape Questionnaire” em uma

população de estudantes universitários [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo; 2002.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Registro fotográfico para inquéritos dietéticos: utensílios e porções. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição 71f. Goiânia, 1996.

22. Vasconcelos FAG. Indicadores de consumo alimentar. In: Vasconcelos FAG. Avaliação nutricional em coletividades. 4ª ed. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.186p.

23. Anção MS, Cuppari L, Draibe AS, Sigulem D. Programa de apoio à nutrição-Nutwin, versão 1.5. São Paulo: Departamento de informática em saúde, SPDM, Unifesp/EPM, 2002.

24. Pinheiro ABV. Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2005.

25. Philippi ST. Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional. 2ª ed, Brasília: ANVISA; 2002, p.135.

26. Institute of Medicine (IOM). Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids (macronutrients). Washington, DC: National Academic Press, 2005.

27. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev Nutr 1999; 12:65-80.

28. Vilela JEM, Lamounier JA, Oliveira RG, Ribeiro RQC, Gomes ELC, Barros Neto JR. Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. Psiquiatr Biol 2001; 9:121-130.

29. Perini, TA, Vieira RS, Vigário PS, Oliveira GL, Ornellas JS, ; Oliveira FP. Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. Rev Bras Med Esp 2009; 15:54-57.

30. Dunker KLL, Fernandes CPB, Carreira Filho D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58:156-161.
31. Costa LC, Vasconcelos FA, Peres KG. Influence of biological, social and psychological factors on abnormal eating attitudes among female university students in Brazil. *J Health Popul Nutr* 2010; 28:173-181.
32. Benavente MD, Morilla FR, Leal CM, Benjumea MVH. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria* 2003; 32:403-9.
33. Ferrando DB, Blanco MG, Masó JP, Gurnés CS, Avellí MF. Eating attitudes and body satisfactions in adolescents: a prevalence study. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30:207-12.
34. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:129-135.
35. Marlowe K. A preliminary study of EAT and BITE scores for one school year in Bermuda: increased early anorexic measures related to socio-economic factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51:5-12.
36. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. *N Engl J Med* 1999; 340:1092-8
37. Bertin RL, Karkle ENL, Ulbrich AZ, Stabelini Neto A, Bozza R, Araujo IQ, Campos W. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino da cidade de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2008; 8:435-443.
38. Leal GVS, Philippi ST, Matsudo SMM, Toassa EC. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. *Rev Brasil Epidemiol* 2010; 13:457-467.
39. Fischer M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Shebendach J, Sigman G, Ammerman S, Hobereman HM. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health Care* 1995; 16:420-437.

40. Dalla Costa MC, Cordoni Júnior L, Matsuo T. Hábito alimentar de escolares adolescentes de um município do oeste do Paraná. *Rev Nutr* 2007; 20:461-471.
41. Carvalho, CMRG, Nogueira AMT, Teles JBM, Paz SMR, Sousa RML. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Teresina, Piauí, Brasil. *Rev Nutr* 2001; 14:85-93.
42. Conceição SIO, Santos CJN, Silva AAM, Silva JS, Oliveira TC. Consumo alimentar de escolares das redes pública e privada de ensino em São Luís, Maranhão. *Rev Nutr* 2010; 23:993-1004.
43. Alvarenga MS, Philipi ST. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST (Org.) *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Barueri: Manole, 2011, cap.2, p.17-36.
44. Feijó RB, Sukster EB, Friedrich L, Fialho L, Dziekaniak KS, Christini DW, Machado LR, Gomes KV, Cardoso IH. Estudo de hábitos alimentares em uma amostra de estudantes secundaristas de Porto Alegre. *Ped* 1997; 19: 257-62.
45. Santos JS, Costa MCO, Sobrinho CLN, Silva MCM, Souza KEP, Melo BO. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas, Bahia. *Rev Nutr* 2005; 18: 623-32.
46. Fonseca VM, Sichieri R, Veiga GV. Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 541-9.
47. Vieira VCR, Priore SE, Ribeiro SMR, Franceschini SCC. Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pôndero-estatural e elevado percentual de gordura corporal. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5: 93-102.
48. Estima CCP, Costa RS, Sichieri R, Pereira RA, Veiga GV. Meal consumption patterns and anthropometric measurements in adolescents from a low socioeconomic neighborhood in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Appetite* 2009; 52: 735-9.

49. Nuzzo L. Avaliação do estado nutricional de adolescentes de uma instituição particular de ensino [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
50. Andersen LF, Nes M, Sandstad B, Bjorneboe G-E, Drevon CA. Dietary intake among Norwegian adolescents. *Eur J Clin Nutr* 1995; 49:555-564.
51. Bull NL. Study of the dietary habits, foods consumption and nutrients intakes of adolescents and young adults. *World Review of Nutrition and Dietetics* 1988; 57:24-74.
52. Sargent RG, Kemper KA, Schulken E. Dietary behaviors of South Carolina adolescents. *J S C Med Assoc* 1994; 90:263-269.
53. French SA, Story M, Downes B, Resnick MD, Blum RW. Frequent dieting among adolescents: psychosocial and health behavior correlates. *Am J Public Health* 1995; 85:695-701.
54. Saikali C.J Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín* 2004; 31:164-166.
55. Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23:21-27.

Tabela 1. Distribuição da amostra, prevalência e razão de odds bruta e ajustada para sintomas de risco para transtorno alimentar (EAT+) nas adolescentes do município de Florianópolis, segundo as variáveis independentes. Florianópolis, 2005.

Variável	N total	EAT+		IC95%	Valor p	Bruta OR (IC 95%)	Valor p	Ajustada OR (IC 95%)
		N	%					
Idade								
10-14 anos	642	101	17,3	14,4-20,4	0,022*	1,00	0,002*	1,00
15-19 anos	410	53	13,0	9,8-16,6		1,25 (0,86-1,83)		1,92 (1,31-2,82)
Rede								
Pública	645	103	15,7	12,9-18,7	0,426	1,00	0,034*	1,00
Particular	407	51	13,4	10,3-17,2		1,32 (0,91-1,94)		1,77(1,04-2,99)
Imagem								
Corporal								
BSQ-	855	57	6,2	4,7-8,0	<0,001*	1,00	<0,001*	1,00
BSQ+	197	97	55,9	48,6-62,9		13,58 (9,04-20,39)		14,98(10,03-22,35)
Consumo Alimentar								
Adequado	445	63	14,1	6,7-25,4	0,352	1,00	0,218	1,00
EER	607	99	16,4	9,5-24,9		1,47(1,01-2,15)		1,33(0,83-2,12)
Inadequado EER								

*p<0, 05

Tabela 2. Distribuição da frequência de refeições segundo escore no Teste de Atitudes Alimentares (EAT). Florianópolis, SC, 2005.

Variável	Total	EAT+	EAT-	Valor p
	N %	%	%	
Café da manhã				
Sim	876 (83,2)	15,6	84,4	0,749
Não	176 (16,8)	14,3	85,7	
Lanche da manhã				
Sim	618 (58,7)	16,0	84,0	0,650
Não	434 (41,3)	14,7	85,3	
Almoço				
Sim	1011(96,1)	15,4	84,6	0,923
Não	41(3,9)	14,6	85,4	
Lanche da tarde				
Sim	932 (88,6)		84,5	0,799
Não	120 (11,4)	15,5	85,7	
		14,3		
Jantar				
Sim	947 (90,1)		84,1	0,361
Não	105 (9,9)	15,9	89,0	
		11,0		
Ceia				
Sim	364 (34,6)		85,0	0,905
Não	687 (65,4)	15,0	84,4	
		15,6		

Tabela 3. Distribuição da frequência de refeições segundo escore no Questionário de Imagem Corporal (BSQ). Florianópolis, SC, 2005.

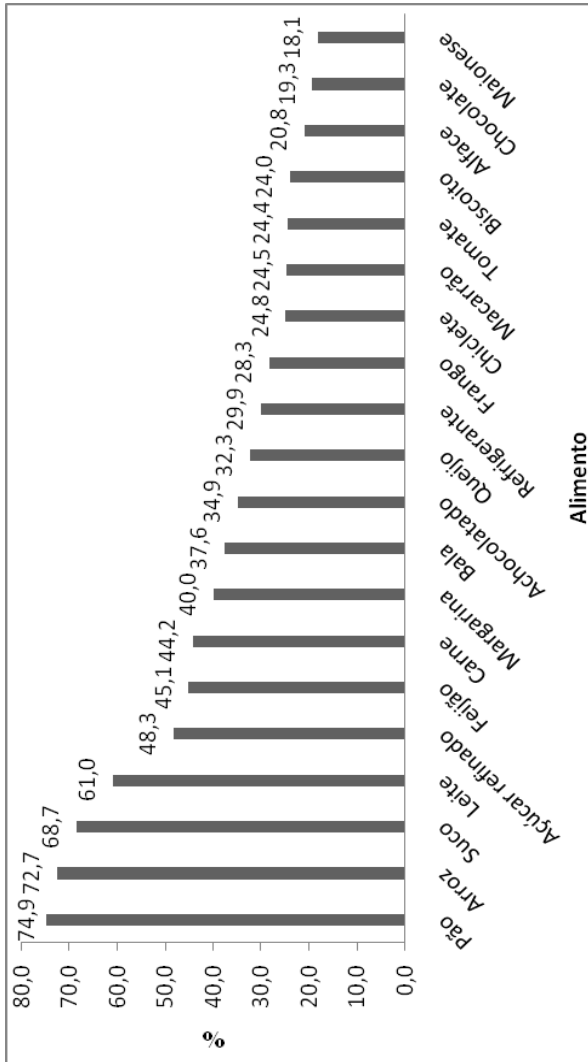
Variável	Total	BSQ+	BSQ-	Valor p
	N %	%	%	
Café da manhã				
Sim	876 (83,2)	17,3	82,7	0,060
Não	176 (16,8)	25,5	74,5	
Lanche da manhã				
Sim	618 (59,4)	17,8	82,2	0,659
Não	434 (40,6)	19,4	80,6	
Almoço				
Sim	1011 (96,1)		81,3	0,711
Não	41 (3,9)	18,7	84,4	
		15,6		
Lanche da tarde				
Sim	932 (88,8)		81,5	0,849
Não	120 (11,2)	18,5	80,8	
		19,2		
Jantar				
Sim	947 (90,1)		81,2	0,745
Não	105 (9,9)	18,8	81,1	
		16,4		
Ceia				
Sim	364 (35,3)		82,0	0,844
Não	687 (64,7)	18,0	81,1	
		18,9		

Tabela 4. Distribuição da frequência de refeições segundo rede administrativa escolar. Florianópolis, SC, 2005.

Variável	Total		Pública %	Privada %	Valor p
	N	%			
Café da manhã					
Sim	876	(83,2)	84,5	81,4	0,473
Não	176	(16,8)	15,5	18,6	
Lanche da manhã					
Sim	618	(58,7)	47,8	72,5	<0,001*
Não	434	(41,3)	52,1	27,5	
Almoço					
Sim	1011	(96,1)	94,5	98,7	<0,001*
Não	41	(3,9)	5,5	1,2	
Lanche da tarde					
Sim	932	(88,6)		85,2	0,056
Não	120	(11,4)	90,1	14,8	
			9,9		
Jantar					
Sim	947	(90,1)		90,5	0,429
Não	105	(9,9)	89,0	9,5	
			11,0		
Ceia					
Sim	364	(34,6)		27,9	0,049*
Não	687	(65,4)	40,0	72,1	
			60,0		

*p<0,05

FIGURA 1- Frequência dos vinte alimentos mais consumidos pelas adolescentes de Florianópolis, 2005.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a amostra de adolescentes investigada no Município de Florianópolis apresenta índices de sintomas de risco para transtorno alimentar semelhantes aos observados em outras regiões brasileiras. Sintomas de risco para transtorno alimentar e a insatisfação com a imagem corporal não apresentaram associação com o consumo alimentar das adolescentes. Entretanto, as adolescentes com EAT+ e BSQ+ apresentaram prevalências de omissão das principais refeições consideravelmente altas.

A omissão de refeições é um hábito comum entre os adolescentes, o que pode contribuir para uma inadequação dietética, especialmente de micronutrientes, como o cálcio. Por isso a importância da realização de estudos de consumo alimentar que considerem também os micronutrientes.

É importante salientar a diversidade de alimentos encontrada. Isso demonstra a variabilidade alimentar das adolescentes de Florianópolis. Entretanto, destaca-se a pouca variedade de frutas, legumes e verduras, evidenciando uma possível monotonia alimentar desse grupo.

A principal limitação do estudo refere-se ao seu delineamento de corte transversal, o que dificulta verificar a relação causa-efeito entre as variáveis. Ressaltam-se ainda as limitações inerentes ao método de inquérito dietético como a necessidade de memória das alunas. Além disso, a utilização de um único R24h permite estimar a ingestão atual das adolescentes e não a habitual. No entanto, informação sobre o consumo alimentar de apenas um dia pode ser aceitável para a estimativa de médias de consumo global (energia e macronutrientes) de grandes amostras.

Ressalta-se que este é o primeiro estudo a investigar a relação entre consumo alimentar, sintomas de risco para transtorno alimentar e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes da cidade de Florianópolis.

REFERÊNCIAS

ABUDAYYA et al. Sociodemographic correlates of food habits among school adolescents (12–15 year) in north Gaza Strip. **Biomed Central Public Health**. v.9, n.185, 2009.

ALBANO, R D; SOUZA, S B. Ingestão de energia e nutrientes por adolescentes de uma escola pública. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, n. 6, 2001.

ALBUQUERQUE, M. R.; SOUZA, P. S.; LUZ, S. S. **Avaliação dos sintomas de transtornos alimentares, imagem corporal e nível de atividade física em alunos de uma universidade pública do interior de Minas Gerais**. In: Congresso Internacional de Educação Física, 21, 2006, Foz do Iguaçu. Livro de resumos, Foz do Iguaçu, 2006.

ALOUFY, A.; LATZER, Y. Diet or health – the linkage between vegetarianism and anorexia nervosa. **Harefuah**, v.145, n.7, p.526-531, 2006.

ALVARENGA, M.S.; DUNKER, K.L.L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia nervosa e na bulimia nervosa. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2004, cap.3, p.131-148.

ALVARENGA, M.S.; PHILIPPI, S.T. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In: ALVARENGA, M.S., SCAGLIUSI, F.B., PHILIPPI, S. T.(Org.) **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2011, cap.2, p.17-36.

ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSI, F.B; PHILIPPI, S.T. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 1, 2011 .

ALVES, E. **Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis, SC**. 2006. 122f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-

Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-RT**. 4.ed., Washington, 2000.

ANÇÃO, M. S., et al. **Sistema de Apoio á Nutrição [programa de computador]. Versão 2.5**. São Paulo: Centro de Informática em Saúde, Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina; 2002.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, sup. 2, p. 28-31, 2000.

ARRUDA, E.L.M.; LOPES, A. S. Gordura corporal, nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes da região serrana de Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 9, n. 1, p. 05-11, 2007.

ATTIA, E. Anorexia nervosa: current status and future directions. **Annual Review of Medicine**, v. 61, p. 425-433.

BARQUERA, S. et al. Energy intake from beverages is increasing among Mexican adolescents and adults. **The Journal of Nutrition**, v.138, n12, p.2454-2461, 2008.

BIANCULLI, C.H. Crescimento físico y endocrinologia em la puberdade. In: **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud del adolescente y del joven**. Washington, p. 87-94, 1995.

BIGHETTI, F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP**. Ribeirão Preto, 2003. 101f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

BLOS, P. **Adolescência: Uma interpretação psicanalista**. São Paulo: Martins Fontes;1994

BOSCHI, V. et al. Body composition, eating behavior, food-body concerns end eating disorders in adolescent girls. **Annals of Nutrition Metabolism**, v.47, n.6, p.284-293, 2003.

BOSI, M.L.M. et al . Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, 2006 .

BOSI, M.L.M. et al . Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008 .

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y.; LUIZ, R.R. Eating behavior and body image among psychology students. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro fotográfico para inquéritos dietéticos: utensílios e porções**. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição 71f. Goiânia, 1996.

BULIK, C.M. et al. Anorexia Nervosa: Definition, Epidemiology, and Cycle of Risk. **International Journal of Eating Disorders**, v. 37, S2–S9, 2005.

BURKE, B. The dietary history as a tool in research. **Journal of the American Dietetic Association**, n.23, p. 1041-1046, 1947.

BUSSE, S.R.; SILVA, B.L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S.R.(Org.). **Anorexia, bulimia, obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004, cap.3, p.31-99.

CARMO MB, TORAL N, SILVA MV, SLATER B. Consumo de doces, refrigerantes e bebidas com adição de açúcar entre adolescentes da rede pública de ensino de Piracicaba, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9:121-30

CARRUTH, B.R. Adolescencia. In: **Organización Panamericana de la Salud. Conocimientos actuales sobre nutrición**. 6a ed. Washington (DC); 1991. p.375-84. (OPAS – Publicación Científica, 532).

CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. **Body images: development, deviance and change**. New York: Guilford, 1990.

CASTRO, I.R.R. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p. 2279-2288, 2008.

CASTRO, J.M.; GOLDSTEIN, S. Eating attitudes and behaviors of pre- and postpubertal females: clues to the etiology of eating disorders. **Physiology & Behavior**, v.58, n.1, p. 15-23, 1995.

CASTRO, M.A. et al. Trans fatty acid intake among the population of the city of São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 991-997, 2009.

CAVALCANTE, A.A.M.; PRIORE, S.E.; FRANCESCHINI, S.C.C. Estudos de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e o seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.3, p. 229-240, 2004.

CILLIERS, J.; SENEKAL, M.; KUNNEKE, E. The association between the body mass index of first-year female university students and their weight-related perceptions and practices, psychological health, physical activity and other physical health indicators. **Public Health Nutrition**, v.9, n.2, p.234-243, 2006.

COOPER, P.J. et al. The development and validation of the body shape questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v.6, n.4, p.485-494, 1987.

CORDÁS, T. A. Questionário de Imagem corporal – versão para mulheres. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (Ed.). **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos editorial, 2000. p.352-353.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares em discussão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p.178-179, 2001.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.4, p.154-157, 2004.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p.3-6, 2002.

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, SP: Manole, 2004, cap.3, p.39-62.

COSTA, L.C.F; VASCONCELOS, F.A.G. Influência de fatores socioeconômicos, comportamentais e nutricionais na insatisfação com a imagem corporal de universitárias em Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, 2010 .

DALLA COSTA, M.C, JÚNIOR, L.C., MATSUO, T. Hábito alimentar de escolares adolescentes de um município do oeste do Paraná. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.5, p.461-471, 2007.

DAMASCENO, V.O. et al. Imagem corporal e corpo ideal. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.14, n.2, p.81-94, 2006.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.16, n.1, p.51-60, 2003.

DUNKER, K.L.L; FERNANDES, C.P.B.; CARREIRA FILHO, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p.156-161, 2009.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

ESTIMA, C.C.P. et al. Meal consumption patterns and anthropometric measurements in adolescents from a low socioeconomic neighborhood in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. **Appetite** , v.52, n.3, p.735-739, 2009.

FAIRBURN C. G.; HARRISON P. J. Eating disorders. **Lancet**, v. 361, p. 407-16, 2003.

FEIO, L.C. **Prevalência de sintomas de anorexia em universitárias ingressantes na Universidade Federal de Santa Catarina.** 2007. 99f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FERRANDO, D. B. et al. Eating attitudes and body satisfactions in adolescents: a prevalence study. **Actas Español Psiquiatria**, v.30, n4, p.207-212, 2002.

FIATES G. M. R.; SALLES R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v. 14, sup., p. 3-6, 2001.

FISBERG, M. et al. Hábitos alimentares na adolescência. **Pediatria Moderna**, v.36, n.11, p.724-734, 2000.

FLEITLICH, B. W. et al. Anorexia nervosa na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, sup.3, p.323-329, 2000.

FREITAS, S.; GORENSTEIN, C.; APPOLINÁRIO, J. C. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, sup.3,p.34-38, 2002.

GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F.P; FRANCH, C. Prática alimentar de adolescentes. **Revista de Nutrição**, v. 12, n. 1, p.5-19, 1999.

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

GONCALVES, T.D. et al . Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p.166-170, 2008.

GORWOOD, P., KIPMAN, A., FOULON, C. The human genetics of anorexia nervosa. **European Journal of Pharmacology**, v.480, n.1, p.163-170, 2003.

GREENLEAF, C. et al. Female collergiate athletes: prevalence of eating disorder and disordered eating behaviors. **Journal of American college health**, v.57, n.5, p.489-495, 2009.

GREGORY, J. et al. National diet and nutrition survey: Young people aged 4 to 18 years. In: **Report of the diet and nutrition survey**, v.1, 2000.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. Crescimento e desenvolvimento dos tecidos e dos sistemas orgânicos. In: **Crescimento, composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes**. São Paulo: CLR Balieiro, p.33-49, 1997.

HAAS, A.N.; GARCIA, A.C.D.; BERTOLETTI, J. Imagem corporal e bailarinas profissionais. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 16, n. 3, 2010 .

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 13-17, 2002.

HOEK, H.W. et al. The Incidence of Anorexia Nervosa on Curaçao. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n.4, p.748 – 752, 2005.

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

HOEK, H.W.; VANDEREYCKEN, W. Eating disorders; 25 years of research and treatment. **Tijdschrift voor psychiatrie**, v.50, p.85-89, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde escolar**. Rio de Janeiro: IBGE: 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa brasileira de orçamentos familiares 2008-2009: aquisição domiciliar per capita**. Rio de Janeiro; IBGE: 2010.

JACOBI, C. et al. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. **Psychological Bulletin**, v.130, n.1, p.19-65, 2004.

KAMIMURA, M.A. et al. Avaliação Nutricional. CUPPARI, L. (Coord.), **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole; 2002.

KAYE, W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. **Physiology Behavior**, v.94, p.121-35, 2008.

KAZAPI, I.M. et al . Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, p.27-33, 2001.

KESKI-RAHKONEN, A. et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. **The American Journal of Psychiatry**, n.164, p.1259-1265, 2007.

KIMMONS, J. et al. Fruit and vegetable intake among adolescents and adults in the United States: percentage meeting individualized recommendations. **Medscape Journal of Medicine**, v.11, n.1, 2009.

KIRSTEN, V.R.; FRATTON, F.; DALLA PORTA, N.B. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.22, n.2, p.219-227, 2009 .

LEAL, G.V.S. **Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física de adolescentes do Projeto Ihabela-SP**. 2008. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LEAL, G.V.S. et al . Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.457-467, 2010.

LEVY, R.B. et al . Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, sup.2, p.3085-3097, 2010.

LUZ, S. S. **Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em universitárias de Belo Horizonte**. São Paulo, 2003. 100f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, 2003.

MAGALHÃES, V.C.; MENDONÇA, G.A.S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autoperenchíveis. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.3, p.236-245, 2005.

MANETTA, M.C.D.P. **Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ “Body Shape Questionnaire” em uma população de estudantes universitários**. São Paulo, 2002. 36p. Dissertação (Mestrado), Programa de pós-graduação em Psiquiatria e Psicologia médica, Universidade Federal de São Paulo.

MARTINS, C.B. 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.

MORETTI, E.; ROVANI, I. M. Os sentimentos dos adolescentes em relação à imagem corporal. **Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo**, Passo Fundo, v.7, n.16, p.24-30, 1995.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, sup.3, p.18-23, 2002.

MURILO, O.O.; REY, M.C.P.A. Panorama de práticas de alimentazi3n de adolescentes escolarizados. **Avances em Enfermería**, v.27, n.22, p.43-56, 2009.

NAKAMURA, E. Representações sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropol3gico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia, obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004, cap.2, p.12-29.

NEEDLMAN, R.D. Crescimento e desenvolvimento. In NELSON, W.E; BEHRMAN, R.E.; Kliegman, R.M.; ARVIN, A. M. (EDS): Nelson, **Tratado de Pediatria**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 15ª edi3n, 1996, pp 67-77.

NEUTZLING MB, ARAÚJO CLP, VIEIRA MFA, HALLAL PC, MENEZES AMB. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e

pobres em fibra entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n. 3, p.336-42, 2007.

NICKLAS, T.A. et al. Breakfast consumption with and without vitamin-mineral supplement use favorably impacts daily nutrient intake of ninth-grade students. **The Journal of Adolescent Health**, v.27, n.5, p.314-321, 2000.

NOGUEIRA, F.A.M.; SICHIERI, R. Association between consumption of soft drinks, fruit juice, and milk and body mass index among public school students in Niterói, Rio de Janeiro State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p.2715-2724, 2009.

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

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

NUNES, M.A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: Nunes, M.A., Appolinário, J.C., Abuchaim, A.L.A., Coutinho, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2ª ed, Porto Alegre: Artes Médicas; 2006, p. 51-57.

NUNES, M.A.; RAMOS, D.C. Anorexia nervosa: Classificação diagnóstica e quadro clínico. In: Nunes, M.A., Appolinário, J.C., Abuchaim, A.L.A., Coutinho, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998, p. 21-39.

OLIVEIRA F. P. et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, v. 9, n.6, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (Org.). **Classificação dos transtornos mentais e de comportamentos da CDI-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALAUDE (OMS). **La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza**. Ginebra, 1995. 120p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas**. Ginebra; 1990. (OMS - Serie de Informes Técnicos, 797).

OSORIO, M.O.; REY, M.C.P.A. Panorama de prácticas de alimentación de adolescentes escolarizados. **Avances em Enfermería**, v.27, n.2, p.43-56, 2009.

PEREIRA, R.A; SICHIERI, R. Métodos de avaliação do consumo de alimentos. In: Kac, G., Sichieri, R., Gigante, D.P. (Org.) **Epidemiologia nutricional**, Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2009, p. 181-200.

PÉREZ, A. Differences in Food Consumption and Meal Patterns in Texas School Children by Grade. **Preventing Chronic Disease**, v.4, n.2, 2007.

PERINI, T.A. et al. Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v.15, n.1, 2009.

PHILIPPI, S.T. **Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional**. 2ª ed, Brasília: ANVISA; 2002, p.135.

PHILIPPI, S.T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.12, n.1, p.65-80, 1999.

PINHEIRO, A.B.V. et al. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2005.

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

PRETI, A. et al. Eating disorders among professional fashion models. **Psychiatry research**, v.30, n.159, p.86-94, 2008.

RIBEIRO, L.G.; VEIGA, G.V. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 16, n. 2, abr. 2010 .

RINGHAM, R. et al. Eating disorders symptomatology among ballet dancers. **The International journal of eating disorders**, v.39, n.6, p. 503-508, 2006.

ROBINSON-O'BRIEN, R. et al. Adolescent and Young adult vegetarianism: better dietary intake and weight outcomes but increased risk of disordered eating behaviors. **Journal of the American Dietetic Association**, v.109, n.4, p.648-655, 2009.

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

SALZANO, F.T.; CORDÁS, T.A. Transtornos alimentares. In: CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T.; VASQUES, F. et al. **Síndromes psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 111-117

SAMPEI, M. A. **Antropometria e composição corporal em adolescentes nipônica e não nipônicas da rede escolar privada de São Paulo: comparação étnica e análise de distúrbios alimentares, imagem corporal e atividade física**. São Paulo, 2001. 291f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

SAMPEI, M.A. et al . Atitudes alimentares e imagem corporal em meninas adolescentes de ascendência nipônica e caucasiana em São Paulo (SP). **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 85, n. 2, 2009.

SANTOS, J.S. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de adolescentes de Teixeira de Freitas Bahia. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n.5, p.623-632, 2005.

SCAGLIUSI, F.B., LOURENÇO, B.H. A ditadura da beleza e suas consequências no discurso nutricional. In: ALVARENGA, M.S., SCAGLIUSI, F.B., PHILIPPI, S. T.(Org.) **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2011, cap.2, p.59-84.

SCHERER, Fabiana Cristina 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, 2010.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo, Martins Fontes, 1999. p. 405

SCHMIDT, E. , MATA, G.F. Anorexia nervosa: uma revisão. **Fractal, Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2008 .

SILVA, J.V.L. et al . Food consumption of children and adolescents living in an area of invasion in Maceio, Alagoas, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n.1, 2010 .

SOUZA F. G. M., et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 29, n. 4, p. 172-180, 2002.

STENZEL, L.M. A influência da imagem corporal no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos alimentares. In: Nunes, M.A., Appolinário, J.C., Abuchaim, A.L.A., Coutinho, W. **Transtornos alimentares e obesidade**. 2ª ed Porto Alegre: Artes Médicas; 2006, p. 71-81.

TROIANO, R.P. Energy and fat intakes of children and adolescents in the United States: data from the National Health and Nutrition Examination Surveys. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.72, n.5, p.1343S-1353S, 2000.

TURKIEWICZ, G. Fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares. In: **Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar**. Weiberg, C(Org.) São Paulo: Sá Editora; 2008.

URWIN, R.E.; NUNN, K.P. Epistatic interaction between the monoamine oxidase A and serotonin transporter genes in anorexia nervosa. **European Journal of Human Genetics**, v.13, n.3, p.370-375, 2005.

VALE, A.M.O. **Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza**. 2002. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

VASCONCELOS, F.A.G. Indicadores de consumo alimentar. In: VASCONCELOS, F. A. G. **Avaliação nutricional em coletividades**. 4ª ed. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.186p.

VASCONCELOS, M. Caracterização geral e principais aspectos metodológicos do ENDEF - Estudo Nacional de Despesas Familiares. In: **Consumo alimentar: grandes bases de informação**. São Paulo: Instituto Danone; 2000.

VEGGI A. B., et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 242-247, 2004.

VIEIRA, J.L.P. et al . Distúrbios de atitudes alimentares e distorção da imagem corporal no contexto competitivo da ginástica rítmica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 15, n. 6, 2009.

VILELA, J.E.M. et al. Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. **Psiquiatria Biológica**, v.9, n.3, p.121-130, 2001.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de coleta de dados.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – CENTRO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

<p>Nº questionário: _____</p> <p>Região: _____</p> <p>Escola: _____</p> <p>_____ Código: _____</p> <p>Rede de ensino: [<input type="checkbox"/>] Pública [<input type="checkbox"/>] Particular</p> <p>Aluna: _____</p> <p>_____</p> <p>Turma: _____ Período: _____</p>
--

QUESTIONÁRIO

1 - INFORMAÇÕES GERAIS Dia de hoje: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Você já teve menarca (primeira menstruação) ? [] Sim [] Não

Se a resposta for **SIM**, quantos anos você tinha quando aconteceu a menarca? _____ anos _____ meses

Não sabe informar: []

2 - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES

Marque com X a alternativa que tem mais haver com você.

Sempre	Muito frequente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	
[]	[]	[]	[]	[]	[]	1. Faço regimes para emagrecer
[]	[]	[]	[]	[]	[]	2. Costumo comer alimentos dietéticos
[]	[]	[]	[]	[]	[]	3. Sinto desconforto após comer doces
[]	[]	[]	[]	[]	[]	4. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias
[]	[]	[]	[]	[]	[]	5. Evito comer alimentos que contenham açúcar
[]	[]	[]	[]	[]	[]	6. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batata, etc.)
[]	[]	[]	[]	[]	[]	7. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra
[]	[]	[]	[]	[]	[]	8. Gosto de sentir meu estômago vazio
[]	[]	[]	[]	[]	[]	9. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito
[]	[]	[]	[]	[]	[]	10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer
[]	[]	[]	[]	[]	[]	11. Fico apavorada com a idéia de estar engordando
[]	[]	[]	[]	[]	[]	12. Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo
[]	[]	[]	[]	[]	[]	13. Presto atenção

						a quantidade de calorias dos alimentos que eu como
[]	[]	[]	[]	[]	[]	14. Sinto vontade de vomitar após as refeições
[]	[]	[]	[]	[]	[]	15. Vômito depois de comer
[]	[]	[]	[]	[]	[]	16. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar
[]	[]	[]	[]	[]	[]	17. Passo muito tempo pensando em comer
[]	[]	[]	[]	[]	[]	18. Sinto-me preocupada com os alimentos
[]	[]	[]	[]	[]	[]	19. Sinto que os alimentos controlam minha vida
[]	[]	[]	[]	[]	[]	20. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços
[]	[]	[]	[]	[]	[]	21. Demoro mais tempo para fazer as minhas refeições do que as outras pessoas
[]	[]	[]	[]	[]	[]	22. As pessoas me acham muito magra
[]	[]	[]	[]	[]	[]	23. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais
[]	[]	[]	[]	[]	[]	24. Sinto que os outros me pressionam para comer
[]	[]	[]	[]	[]	[]	25. Evito comer quando estou com fome
[]	[]	[]	[]	[]	[]	26. Demonstro auto controle diante dos alimentos

3 – QUESTIONÁRIO DA IMAGEM CORPORAL

Marque um X nas alternativas abaixo em relação à sua aparência nas últimas **4 semanas** (ultimo mês)

Sempre	Muito frequente	Freqüentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sua preocupação com sua forma física chega a ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Você anda preocupada achando que o seu corpo não é firme o suficiente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Você já deixou

de correr por achar que seu corpo poderia balançar?

9. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física?

10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você se senta?

11. Você já se sentiu gorda mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?

12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?

13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?

Sempre Muito Frequentemente Às Raramente Nunca
 frequente

14. Ao estar nua, por exemplo ao tomar banho, você se sente gorda?

15. Você tem

evitado usar
roupas mais
justas para não se
sentir
desconfortável
com sua forma
física?

[] [] [] [] [] []

16. Você já se
pegou pensando
em remover
partes mais
carnudas de seu
corpo?

[] [] [] [] [] []

17. Comer doces,
bolos ou outros
alimentos ricos
em calorias faz
você se sentir
gorda?

[] [] [] [] [] []

18. Você já deixou
de participar de
eventos sociais
(como, por
exemplo, festas)
por se sentir mal
com relação à sua
forma física?

[] [] [] [] [] []

19. Você se sente
muito grande e
arredondada?

[] [] [] [] [] []

20. Você sente
vergonha do seu
corpo?

[] [] [] [] [] []

21. A
preocupação
frente à sua
forma física a
leva a fazer dieta?

[] [] [] [] [] []

22. Você se sente
mais contente em
relação à sua
forma física
quando seu
estômago está
vazio (por
exemplo, pela
manhã)?

[] [] [] [] [] []

23. Você acredita
que sua forma
física se deva à
sua falta de
controle?

[] [] [] [] [] []

24. Você se

							preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Você já vomitou para se sentir mais magra?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada num sofá ou no banco de um ônibus)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheio de “dobras” ou “banhas”?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vestiários e banheiros)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magra?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Você fica mais preocupada com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?

4 - RECORDATÓRIO 24 HORAS

Refeições / Horário	Alimento ou bebida	Quantidade (medida caseira)
Desjejum ____ hora		
Colação ____ hora		

Almoço ____ hora		
Lanche ____ hora		
Jantar ____ hora		
Ceia ____ hora		
Extra		

Entrevistador:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado aos diretores das instituições de ensino selecionadas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Departamento de Nutrição

Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – SC

Fone: (48) 331-9784

Florianópolis, _____ de 2004.

Ilmo. Sr.(a)

Diretor(a) _____ da
Escola: _____

—
Senhor(a) Diretor(a):

Sou nutricionista e aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina.

Neste momento estou iniciando a coleta de dados para a elaboração de minha dissertação intitulada “Anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas de Florianópolis,SC”.

Tendo em vista que é necessário avaliar um número considerável de adolescentes para representar a população de Florianópolis, o nosso estudo abrangerá 26 escolas.

Considerando que sua escola/colégio foi sorteada para fazer parte da amostra desta pesquisa, solicitamos a V.S^a permissão para aplicar um questionário sobre comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal, bem como mensurar o peso e a altura das adolescentes de selecionadas. Gostaria de esclarecer que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo, servindo apenas para

a pesquisa. Os resultados desta investigação poderão ser publicados e/ou apresentados com objetivo científico.

Ressaltamos que a pesquisa não oferece nenhum risco para as estudantes investigadas. Também não haverá despesas financeiras para as instituições de ensino envolvidas na pesquisa.

Certo de contar com seu apoio, agradeço antecipadamente sua atenção.

Cordialmente,

Emilaura Alves Prof.º Dr. Francisco de A. G. de Vasconcelos

MestrandaUFSC

Orientador

CONSENTIMENTO

Ciente do exposto acima e estando suficientemente esclarecido(a), eu _____, concordo que a escola _____ participe dessa pesquisa.

Assinatura: _____
Florianópolis, ___/___/___.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos / UFSC



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 260/04**

I – Identificação:

Título do Projeto: Sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis, SC
Pesquisador Responsável: Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
Pesquisador Principal: Emilaura Alves
Data Coleta dados: 01/10/2004 a 10/12/ 2004
Local onde a pesquisa será conduzida: Instituições de ensino fundamental e Ensino médio da rede municipal, estadual e federal, pública e particular do município de Florianópolis

II- Objetivos:

Determinar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal entre adolescentes femininas de escolas públicas e privadas do município de Florianópolis, SC.

III - Sumário do Projeto

O projeto pretende analisar sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal entre adolescentes femininas, tendo como sujeitos da pesquisa estudantes femininas de 5ª a 8ª séries do ensino fundamental e estudantes do ensino médio, com idade compreendida entre 10 e 19 anos.

IV - Comentário

O projeto é de suma importância, pois possibilitará a produção de novos conhecimentos científicos sobre a anorexia nervosa e a prevenção dos transtornos alimentares de maneira geral, bem como acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento dessa doença.

V – Parecer final:

Por atender aos princípios de autonomia, beneficência e não- maleficência, o projeto está aprovado.

Vera Lucia Bosco

Vera Lucia Bosco
Coordenadora do CEPESH

Data da Reunião do Conselho de Ética: 27/setembro/2004

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.