

EMILAURA ALVES

**SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E IMAGEM CORPORAL
EM ADOLESCENTES FEMININAS DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS, SC.**

Florianópolis, fevereiro de 2006.

EMILAURA ALVES

**SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E IMAGEM CORPORAL
EM ADOLESCENTES FEMININAS DO MUNICÍPIO DE
FLORIANÓPOLIS, SC.**

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

Orientador: Professor Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos

Florianópolis, fevereiro de 2006.

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

A dissertação intitulada

**SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E IMAGEM CORPORAL EM
ADOLESCENTES FEMININAS DE FLORIANÓPOLIS, SC**

apresentada por Emilaura Alves

foi aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial a obtenção do título de

MESTRE EM NUTRIÇÃO
Área de concentração: Metabolismo e Dietética

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Cardoso Garcia Tramonte
Coordenadora do Programa de
Pós-graduação em Nutrição

Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
Orientador

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos
(Presidente)

Prof^a. Dr^a. Sônia Tucunduva Philippi

Prof^a. Dr^a. Janaína da Neves

Prof^a. Dr^a. Raquel Küerten Salles

DISSERTAÇÃO DEFENDIDA E APROVADA EM 09 DE FEVEREIRO DE 2006.

*Com carinho, a minha irmã, pelo exemplo de
determinação e superação de suas dificuldades,
as quais de maneira inconsciente me motivaram
a realização deste estudo.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ademar e Sônia, aos irmãos, Jesiel e Ludmila, pelo carinho, compreensão e acolhida nos momentos difíceis. Em especial a minha mãe pelo exemplo de estudo, perseverança e conquista.

Ao meu futuro esposo, Fernando, pelo amor, companheirismo, força, ânimo, paciência e presença constante em minha vida.

A minha cunhada Deise com quem pude compartilhar os mais diversos sentimentos desta caminhada como mestranda.

Ao professor Dr. Francisco de Assis Guedes de Vasconcelos pelo apoio e ensinamentos desde a época de iniciação científica até o mestrado, contribuindo de forma especial para a minha formação.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Nutrição da UFSC pelo apoio durante a realização deste estudo.

Aos membros da banca, professoras Dr^a Sônia Tucunduva Philippi, Dr^a Janaína das Neves e Dr^a Raquel Kuerten Salles pelas importantes contribuições ao estudo.

A Dr^a Janaína das Neves pelo apoio na construção do banco de dados e a Dr^a Maria Cristina Calvo pelo auxílio nas análises estatísticas.

As alunas do curso de graduação em Nutrição que participaram com empenho e comprometimento da coleta de dados: Geovana Pereira, Amanda Ferreira, Giseli Silva, Ana Luiza Adrat, Rayane Hirose, Carolina Carreiro, Bárbara Guimarães, Luiza Teixeira, Letícia Correa, Gabriela Pimentel, Priscila Pereira, Naiane Lecheta, Carla Martins, Greyce Bernardo, Priscila Testa, Daniela Gasparetto, Francine Campos, Livia Nakazora, Liana Ziliotto, Mariana Silva, Paula Prondzynsky, Michele Ramos, Rafaela da Silva e Juliana Dal Ponte.

A Débora Botega, Akemi Kami, Juliana Miranda e Geovana Pereira, alunas do curso de Graduação em Nutrição, pelo auxílio na digitação do banco de dados.

Aos colegas de mestrado, pelos momentos de convívio, em especial a Jane, Betinha, Débora e Manuela pela amizade, troca de idéias.

Ao FUNPESQUISA e ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, pelo auxílio financeiro desta pesquisa.

As Secretarias Estadual e Municipal de Educação e aos diretores e coordenadores das escolas públicas e particulares, por possibilitarem a realização deste estudo ao se transformarem no campo de coleta de dados e contribuírem, dessa forma, para a expansão do conhecimento científico por meio de sua participação.

A todas as adolescentes que participaram desta pesquisa.

RESUMO

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar marcado por comportamentos alimentares inadequados, persistência na busca da magreza e medo mórbido de engordar. Os sintomas da anorexia nervosa surgem mais frequentemente na adolescência devido às preocupações com a nova forma e peso do corpo, exigindo uma readaptação à imagem corporal. O objetivo principal deste estudo foi identificar 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). Buscou-se também identificar prevalência de insatisfação com a imagem corporal, estado nutricional, menarca e perfil socioeconômico das adolescentes, a fim de analisar as possíveis associações entre a presença de sintomas de anorexia nervosa e estas variáveis. O tamanho da amostra foi calculado considerando prevalência de sintomas de anorexia nervosa de 20%, com 95% de confiança e 4% de erro amostral. A amostra foi estratificada conforme inserção das escolas nas regiões sócio-geográficas do município e vinculação administrativa (pública e privada), sendo depois distribuída proporcionalmente no ensino fundamental e médio. O tamanho final da amostra foi de 1.148 adolescentes. Os sintomas de anorexia nervosa foram identificados de acordo com a pontuação total obtida no Eating Attitudes Test (EAT-26), cujo ponto de corte ≥ 21 pontos aponta a presença de sintomas. A avaliação da imagem corporal por meio do Body Shape Questionnaire (BSQ-34) indicou insatisfação com a imagem corporal quando a pontuação total obtida no teste foi ≥ 111 pontos. O estado nutricional foi diagnosticado pelo percentil Índice de Massa Corporal / Idade. O perfil socioeconômico das adolescentes foi traçado pela renda per capita mensal e escolaridade dos pais. A variável 'sintomas de anorexia nervosa' foi analisada a partir de sua confrontação com demais variáveis estudadas (idade das adolescentes, menarca, estado nutricional, satisfação com a imagem corporal, rede de ensino, renda per capita mensal e escolaridade dos pais). A idade média das adolescentes investigadas foi 14,08 anos (DP=2,32) e a menarca estava presente em 71,9%. As prevalências de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal foram, respectivamente, 15,6% e 18,8%. A prevalência de baixo peso foi de 3,66%, enquanto as de sobrepeso e obesidade foram, respectivamente, 9,4% e 4,35%. Através da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, observou-se que presença de sintomas de anorexia nervosa estava associada com

idade da adolescente na faixa etária de 10 a 13 anos ($p = 0,046$); sobrepeso e obesidade ($p = 0,001$); insatisfação com a imagem corporal ($p < 0,0001$) e rede pública de ensino ($p = 0,041$). A regressão logística múltipla apontou a insatisfação com a imagem corporal como a variável independente de maior risco para a manifestação dos sintomas de anorexia nervosa (OR = 16,7 e $p = 0,0000$).

Descritores: anorexia nervosa, imagem corporal, adolescentes.

ABSTRACT

The anorexia nervosa is an eating disorder characterized by inappropriate eating habits, insistence in the search of a thin body and fear of getting fat. The symptoms of the anorexia appear more frequently in the adolescence due to worries with the new body weight and form, demanding a readaptation to the body image. The main objective of this study was to identify the prevalence of symptoms of anorexia nervosa and dissatisfaction with the body image in female adolescents, ages ranging from 10 to 19 years old, from public and private primary and high schools in Florianópolis (SC). A second objective was to identify the nutritious state, first menstruation and socio-economic profile of the adolescents, aiming at analyzing the possible associations between the presence of the symptoms of anorexia nervosa and those variables. The size of the sample was calculated considering the prevalence of the symptoms of the anorexia nervosa of 20%, with 95% of reliability and 4% of sample mistake. The sample was stratified according to the insertion of the schools in the socio-geographic regions of the city and administrative vinculation (public and private), being distributed proportionally in the primary and high schools afterwards. The final size of the sample was the number of 1.148 adolescents. The symptoms of the anorexia nervosa were identified according to the total punctuation obtained in the "Eating Attitudes Test" (EAT-26), who's cut point of ≥ 21 points demonstrates the presence of the symptoms. The evaluation of the body image through the "Body Shape Questionnaire" (BSQ-34) indicated dissatisfaction with the body image when the total punctuation obtained in the test was ≥ 111 points. The nutritious state was diagnosed through the percentile Body Mass Index / Age. The socio-economic profile of the adolescents was traced by the monthly per capita income and school education of the parents. The variable 'symptoms of the anorexia nervosa' was analyzed from its confrontation with the other studied variables (age of the adolescents, first menstruation, nutritious state, satisfaction with the body image, school, monthly per capita income and school education of the parents). The average age of the investigated adolescents was 14,08 years (SD=2,32) and the first menstruation was present in 71,9%. The prevalence of the symptoms of the anorexia nervosa and the dissatisfaction with the body image was 15,6% and 18,8% respectively. The prevalence of low weight was 3,66%, whereas overweight and obesity were 9,4% and 4,35%, respectively. Through the application of the Qui-quadrado Test

by Pearson, it was observed that the presence of the symptoms of the anorexia nervosa was associated with the age of the adolescent ranging from 10 to 13 years old ($p = 0,046$); overweight and obesity ($p = 0,001$); dissatisfaction with the body image ($p < 0,0001$) and the public school ($p = 0,041$). The multiple logistic regression demonstrated the dissatisfaction with the body image such as the independent variable of the higher risk for the manifestation of the symptoms of the anorexia nervosa ($OR = 16,7$ e $p = 0,0000$).

Key words: anorexia nervosa, body image, adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Pontos de corte da pontuação total do BSQ-34 conforme categorias de preocupação com a imagem corporal.....	50
Quadro 2 – Pontos de corte em percentil do índice IMC/Idade para o diagnóstico nutricional em adolescentes.....	68
Quadro 3 – Ponto de corte da pontuação total do EAT-26 conforme categorias de sintomas para anorexia nervosa.....	69
Quadro 4 – Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do BSQ-34 para a categorização da variável ‘satisfação com a imagem corporal’.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra final por regiões sócio-geográficas, tipo de ensino e vinculação administrativa das escolas que participaram da pesquisa “Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas de Florianópolis, SC” realizada em 2005.....	59
Tabela 2 – Distribuição dos valores de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis demográficas, antropométricas e sócio-econômicas das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) em 2005.....	74
Tabela 3 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo menarca em 2005.....	75
Tabela 4 – Distribuição da prevalência de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo rede de ensino em 2005.....	76
Tabela 5 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e faixa etária em 2005.....	77
Tabela 6 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e menarca em 2005.....	77
Tabela 7 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional em 2005.....	78

Tabela 8 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e satisfação com imagem corporal em 2005.....	79
Tabela 9 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e rede de ensino em 2005.....	79
Tabela 10 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e renda <i>per capita</i> mensal em 2005.....	80
Tabela 11 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade dos pais (paterna + materna) em 2005.....	80
Tabela 12 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade materna em 2005.....	81
Tabela 13 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo satisfação com imagem corporal e rede de ensino em 2005.....	82
Tabela 14 – Associação entre as variáveis dependentes e a presença de sintomas de anorexia nervosa (EAT+) segundo regressão logística múltipla para adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) em 2005.....	83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 ADOLESCÊNCIA	18
2.2 ANOREXIA NERVOSA	22
2.2.1 Critérios diagnósticos.....	25
2.2.2 Etiologia da anorexia nervosa.....	28
2.2.3 Imagem corporal e anorexia nervosa.....	35
2.2.4 Panorama mundial da anorexia nervosa.....	40
2.2.5 Instrumentos para avaliação dos sintomas de anorexia nervosa: <i>Eating Attitudes Test (EAT) e Body Shape Questionnaire (BSQ)</i>	46
3 OBJETIVOS	53
3.1 OBJETIVO GERAL	53
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
4 MÉTODO	55
4.1 ÂMBITO DO ESTUDO	55
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	55
4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL	56
4.3.1 População de estudo e tamanho da amostra.....	56
4.4 TREINAMENTO DA EQUIPE DA PESQUISA	59
4.5 TESTE PILOTO	60
4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	62
4.6.1 Variáveis demográficas e sócio-econômicas.....	63
4.6.2 Sintomas de anorexia nervosa.....	64
4.6.3 Imagem corporal.....	64

4.6.4 Antropometria	65
4.6.4.1 Peso.....	66
4.6.4.2 Estatura.....	66
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	67
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	71
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	72
5 RESULTADOS.....	74
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA.....	74
5.2 MENARCA E ESTADO NUTRICIONAL.....	75
5.3 SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL.....	76
5.3.1 Sintomas de anorexia nervosa.....	76
5.3.2 Satisfação com a imagem corporal.....	81
5.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E A PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA.....	82
6 DISCUSSÃO.....	84
7 CONCLUSÃO.....	102
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
9 APÊNDICES.....	115
9.1 APÊNDICE A	
Distribuição das adolescentes matriculadas no ensino fundamental (4ª a 8ª série) e no ensino médio de acordo com as regiões sócio-demográficas do município de Florianópolis (SC).....	115
9.2 APÊNDICE B	
Relação das instituições de ensino selecionadas conforme tipos de ensino e regiões sócio-demográficas do município de Florianópolis (SC).....	116

9.3 APÊNDICE C	
Questionário de coleta de dados.....	117
9.4 APÊNDICE D	
Termo de consentimento livre e esclarecido enviado aos pais das instituições de ensino selecionadas.....	118
9.5 APÊNDICE E	
Termo de consentimento livre e esclarecido enviado aos diretores das instituições de ensino selecionadas	119
10 ANEXO.....	
10.1 ANEXO A	
Parecer do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da UFSC.....	120

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período marcado por importantes mudanças biológicas e psicossociais que envolvem intenso crescimento e desenvolvimento. As relações entre nutrição, crescimento e desenvolvimento são essenciais na vida dos adolescentes e a manutenção de um padrão alimentar adequado reflete na saúde física e mental, proporcionando condições para o total aproveitamento de sua potencialidade (BRAGGION; MATSUDO; MATSUDO, 2000).

Alguns comportamentos alimentares inadequados, como exclusão de determinados alimentos ou refeições ao longo do dia e a realização de dietas não balanceadas, podem aparecer isoladamente ou constituírem parte de um transtorno psiquiátrico, comprometendo a saúde do adolescente com intensidades diferentes (FLEITLICH et al., 2000).

A anorexia nervosa é uma condição psiquiátrica classificada como um transtorno alimentar, cujos sintomas surgem mais freqüentemente na adolescência. Segundo Nunes e colaboradores (1994), este transtorno apresenta um quadro psicopatológico assinalado pelo medo mórbido de engordar, pela preocupação excessiva com os alimentos e pelo desejo persistente de emagrecer. A anorexia nervosa geralmente tem início com um jejum progressivo e auto-imposto, onde primeiramente não são consumidos os alimentos calóricos, estendendo-se posteriormente a outros tipos de alimentos, resultando em uma acentuada perda de peso.

O início da anorexia nervosa geralmente ocorre na adolescência devido às preocupações com a nova forma do corpo e o novo peso, exigindo uma readaptação à imagem corporal. Cerca de 90% dos indivíduos atingidos 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 na anorexia nervosa (CASTRO; GOLDENSTEIN, 1995; STICE et al., 1994).

Na anorexia nervosa, assim como em outros transtornos alimentares, o distúrbio da imagem corporal é um sintoma nuclear, manifestado por intenso medo de ganhar peso e supervalorização da forma corporal na auto-avaliação. Ocorre também a superestimação do tamanho do corpo como um todo ou de suas partes, geralmente, coxas, quadril e abdômen, representando uma dificuldade do indivíduo para estimar o tamanho corporal com precisão. (SAIKALI, 2004; COOPER et al., 1987; BERGSTRÖM; STENLUND; SVEDJEÄLL, 2000).

Este distúrbio na percepção da forma e tamanho do próprio corpo gera na pessoa uma insatisfação com a imagem mentalmente construída, bem identificada no sexo feminino e durante a adolescência. As adolescentes insatisfeitas com a imagem corporal freqüentemente adotam comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso, como realização de jejum e dieta rigidamente hipocalórica, uso de diuréticos, laxantes, vômitos auto-induzidos, prática de atividade física extenuante, entre outros. Estas adolescentes apresentam maior risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa ou outros transtornos alimentares quando comparadas as adolescentes satisfeitas com sua imagem corporal. (FIGUEIRA et al., 1993; VILELA et al., 2001; VILELA et al., 2004; LUZ, 2003).

Vários autores, especialmente no Brasil, dedicam-se aos estudos de comportamentos alimentares anormais, utilizando-se de instrumentos como o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), associado à avaliação da satisfação da imagem corporal, por meio do Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34). Com o auxílio destes instrumentos pode-se ter um conceito da gravidade dos sintomas de transtorno alimentar em uma determinada população, apesar de não ser possível originar índices de prevalência dos casos próprios de transtornos. As prevalências de comportamentos alimentares anormais que sinalizam risco para o

desenvolvimento da anorexia nervosa oscilam entre 4,9% a 25%, variando conforme grupo étnico, idade, atividade ocupacional e grau de urbanização dos indivíduos investigados (FIATES; SALLES, 2001; NUNES et al., 2001; SAMPEI, 2001; DUNKER; PHILIPPI, 2003; LUZ, 2003; VILELA, 2004).

Os estudos sobre anorexia nervosa no Brasil são escassos, sobretudo com um enfoque populacional. Em nível regional, no município de Florianópolis/SC foram identificados apenas dois estudos publicados sobre essa temática com populações diferentes da proposta neste trabalho (MUNSON, 1998; FIATES; SALLES, 2001). Estes aspectos tornam evidente a importância desta pesquisa e justificam sua realização.

O presente trabalho trata-se de uma dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina que descreve os resultados de uma pesquisa populacional de delineamento transversal, cujo objetivo geral foi determinar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino no município de Florianópolis, Santa Catarina.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, marcada pelas mudanças corporais da puberdade e pelo novo avanço no desenvolvimento emocional, mental e social (EISENSTEIN et al., 2000).

Moretti e Rovani (1995) concebem a adolescência como a fase da vida onde se desenvolvem a maturidade biológica e a inserção sócio-profissional. O despertar sócio-profissional é dado pela elaboração de novos valores, metas e objetivos que representam uma necessidade de independência nas áreas psicoafetivas, sexuais e econômicas. Por outro lado, a maturidade biológica é constatada pelas modificações anatômicas e fisiológicas que resultam no corpo adulto, as quais são responsáveis pela maturação sexual e adaptação à nova imagem corporal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) define a adolescência como o período da vida que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Na fase inicial da adolescência que compreende a faixa etária de 10 a 14 anos, denominada puberdade, ocorre estirão puberal, rápido aumento das secreções de diversos hormônios e aparecimento das características sexuais secundárias. Na fase final, entre os 15 e 19 anos, estes processos desaceleram.

Os limites cronológicos da adolescência, apesar de valorizados e rigidamente utilizados em estudos populacionais são bastante flexíveis, uma vez que existe diversidade no tempo de início, duração e progressão das mudanças da puberdade, variando de indivíduo para indivíduo. Dessa forma, parece melhor considerar que uma série de aspectos sinaliza o

término da adolescência, como crescimento físico completo e maturação sexual, estabilização da personalidade e integração do indivíduo em seu grupo social (EISENSTEIN et al., 2000).

Diante do exposto, percebe-se que um adequado conceito de adolescência seria aquele baseado em critérios amplos e flexíveis, extrapolando os aspectos biológicos. Contudo, devido à necessidade de identificar objetivamente os sujeitos adolescentes neste estudo, a adolescência será concebida segundo os limites cronológicos definidos pela OMS (1995).

A puberdade, considerada fenômeno especialmente biológico, compreende as mudanças morfológicas e fisiológicas que ocorrem no adolescente, as quais são resultantes da ativação de vários mecanismos hormonais que estimulam maturação dos órgãos reprodutivos, aparecimento das características sexuais secundárias e crescimento físico (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

No sexo feminino, as oscilações hormonais significativas surgem em geral após os 8-9 anos de idade, quando tem início a puberdade. O amadurecimento do sistema nervoso central faz com que o hipotálamo secrete o hormônio liberador de gonadotrofinas que por sua vez age estimulando a hipófise a produzir os hormônios folículo estimulante (FSH) e luteinizante (LH). O FSH e LH agem sobre os ovários, desenvolvendo e amadurecendo os folículos primordiais. Os folículos produzem testosterona e hormônios estrogênicos. Esses últimos são responsáveis pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Na maioria das meninas a primeira manifestação é o aparecimento do broto mamário que acontece por volta dos 9-10 anos, iniciando na mesma época, o estirão puberal que atinge seu máximo em torno dos 11 anos de idade. Depois, surgem os pêlos pubianos e axilares, assim como o aumento do peso e a distribuição de gordura corporal típica do sexo feminino. Com o amadurecimento do corpo feminino e níveis hormonais capazes de estimular o endométrio, ocorre a menarca (primeira menstruação) e a partir desse fenômeno, a desaceleração do crescimento (PARISOTTO et al., 2003).

A menarca é freqüentemente avaliada nos estudos populacionais por ser considerada um indicador evidente da maturação sexual feminina, sendo utilizada a idade mediana ou média da menarca. Existe uma considerável variedade na idade da menarca, o que ocorre devido a uma série de aspectos que pode influenciar no seu aparecimento como genética, clima, altitude, sazonalidade, estado nutricional, atividade física, tensão emocional, nível socioeconômico, tamanho da família, entre outros (TAVARES et al., 2000).

Duarte (1993), em uma revisão de estudos brasileiros publicados no período de 1973 a 1992, aponta que a idade média da menarca varia de 12,2 a 13,9 anos de idade. Neste período, o maior estudo analisado foi a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizado em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). A PNSN baseou-se em uma amostragem estratificada e randomizada, incluindo pessoas de todas as regiões do Brasil. Estima-se que 7.087 mulheres entre 10 e 19 anos de idade responderam à avaliação da menarca, que investigou a presença ou ausência da primeira menstruação. A idade média da menarca obtida nessa pesquisa foi 13,2 anos. Todavia, esse valor pode ter sido ligeiramente superestimado, pois as meninas que tiveram a menarca antes dos 10 anos de idade não foram investigadas. Na mesma revisão é apresentado um estudo realizado em Florianópolis (SC), publicado em 1983, cuja média da idade da menarca foi calculada em 12,9 anos ($\pm 1,20$). Cinco anos mais tarde, um outro estudo no estado de Santa Catarina, apontou idade média da menarca na região litorânea igual a 12,4 anos ($\pm 1,04$) e ligeiramente superior na região serrana, que apresentou média de 12,8 anos ($\pm 1,06$).

Um estudo mais recente realizado no município de Barrinhas (SP) com escolares do sexo feminino na faixa etária de 8 a 16 anos, avaliou a presença ou ausência da menarca no momento da investigação. Os resultados demonstraram que a idade mediana da menarca correspondeu a 12 anos e 6 meses (percentil 50). Os valores extremos variaram de 10 anos e 2 meses (percentil 3) até 14 anos e 10 meses (percentil 97) para a presença da menarca, sendo

que nenhuma menina apresentou menarca antes dos 9 anos e após os 16 anos. A idade mediana da menarca obtida em Barrinhas, considerada uma comunidade rural, é superior a mediana nacional e a mediana obtida na cidade de Ribeirão Preto (SP), localizada próximo a Barrinhas. Tendo em vista que os dados das outras regiões são de décadas passadas, os autores sugerem que o resultado de Barrinhas pode ter sofrido interferência da tendência secular da menarca, significando uma transição na idade mediana da menarca em direção a uma menarca mais precoce (TAVARES et al., 2000).

Na adolescência, o peso corporal aumenta significativamente durante o estirão puberal que para a maioria das meninas acontece cerca de um ano antes da menarca. Todavia, após a menarca o peso continua aumentando, em parte devido ao crescimento e desenvolvimento geral do corpo, mas principalmente devido ao aumento nos depósitos de gordura, em função da maior atuação dos hormônios estrogênio e progesterona (DUARTE, 1993).

Neste sentido, Sampei (2001) relata que adolescentes com menarca apresentam valores estatisticamente superiores para dobras cutâneas tricipital, braquial, subescapular, suprailíaca, circunferência do braço e porcentagem de gordura determinada por três métodos diferentes quando comparados as adolescentes sem menarca. Confirmando o descrito acima, Pires (2002) em um estudo transversal com adolescentes de Florianópolis (SC), observou que o percentual de gordura no sexo feminino é crescente dos 13 aos 17 anos de idade, ou seja, este aumento ocorre no período pós-puberal.

As mudanças corporais durante a adolescência no sexo feminino, especialmente em relação ao acúmulo do tecido adiposo, conduzem a necessidade de adaptação à nova imagem corporal. Geralmente este processo resulta em insatisfação com algumas áreas do corpo e com o peso, aumentando com a idade (BOSCHI et al., 2003).

Durante a puberdade, as atitudes e os comportamentos femininos podem mudar em decorrência da imagem negativa do corpo. Tais comportamentos podem levar a uma busca incessante pela magreza, precipitando dietas restritivas e práticas inadequadas de controle do peso. Por volta dos 15 anos de idade, a restrição alimentar e a preocupação com a dieta apresentam-se bem definidas (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995).

Na adolescência, a má aceitação da imagem corporal e a insatisfação com a forma física, associadas à pressão sociocultural sobre o corpo feminino e a fatores psicológicos, podem precipitar um transtorno alimentar (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Nesse sentido, a adolescência, especialmente para o sexo feminino, representa uma fase de risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa. A anorexia nervosa é considerada o transtorno alimentar mais comum entre os adolescentes e dentre essa categoria de transtorno, aquele que apresenta os maiores índices de morbidade e mortalidade em decorrência da gravidade do estado nutricional e das várias complicações clínicas (distúrbios hidroeletrólíticos, metabólicos e endócrinos), conseqüências de uma severa restrição alimentar a ponto de atingir inanição (FLEITLICH et al., 2000; ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

2.2 ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa é caracterizada como uma síndrome psiquiátrica crônica que pode apresentar conseqüências potencialmente graves à saúde como desnutrição, complicações cardiovasculares, insuficiência renal, entre outras (FLEITLICH et al., 2000).

De acordo com Busse e Silva (2004), o primeiro relato de quadros correspondente à anorexia nervosa data de 1689, sendo descrito pelo médico inglês Richard Morton, o qual

aborda dois casos de “consumpção de origem nervosa”, cuja sintomatologia caracterizava-se pela diminuição do apetite, amenorréia, aversão à comida, emagrecimento extremo, hiperatividade e ausência de febre. Várias outras descrições também apareceram na literatura médica a partir desta data, destacando-se a referência à “Apepsia Histérica” pelo médico William Gull, no encontro da *British Medical Association*, em 1868. Cinco anos mais tarde, o psiquiatra francês Charles Lasègue publica um artigo ressaltando os traços predominantes de origem histérica da doença, focalizada na crença mórbida de que o alimento é lesivo e precisa ser evitado, sendo por este motivo denominada “anorexia histérica”. Em 1874, William Gull apresenta a síndrome com o nome “anorexia nervosa”, termo que atualmente ainda é empregado.

A origem etimológica do termo “anorexia” derivado do grego (*ann* = sem, ausência, deficiência; e *orexis* = apetite) designa inapetência. Entretanto, o termo “anorexia” não é empregado no seu sentido etimológico para anorexia nervosa, uma vez que os indivíduos apresentam perda de apetite somente nos estágios finais da doença em situações extremamente caquéticas, ao passo que na maior parte do transtorno há uma restrição alimentar auto-imposta e drástica, visando o emagrecimento ou por medo de engordar (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; NUNES et al., 1994).

Diferentes definições são encontradas na literatura para descrever a anorexia nervosa. Falceto e colaboradores (1993) definem a anorexia nervosa como uma doença psicossomática caracterizada por perda de peso auto-induzida, distúrbios psicológicos, anormalidades fisiológicas e padrões disfuncionais na interação familiar.

Na visão de outros autores, a anorexia nervosa é concebida como um transtorno do comportamento alimentar onde há perda de peso auto-induzida na busca incessante da magreza, por meio da restrição alimentar e padrões bizarros de alimentação, freqüentemente associado a outros comportamentos voltados para o controle do peso, como uso de laxantes e

diuréticos, indução de vômitos e excesso de atividade física. Adiciona-se a este quadro uma profunda perturbação da imagem corporal e um temor de ser ou tornar-se obeso (RITTER; BONALUME, 2003; BUSSE, SILVA, 2004; KAPLAN, SADOCK, GREBB, 1997).

A descrição da anorexia nervosa como um transtorno alimentar e não sob o título de doença parece ser a mais adequada, uma vez que a etiopatologia da anorexia nervosa ainda não está completamente esclarecida (CLAUDINO; BORGES, 2002). Os atuais sistemas classificatórios de doenças, a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV edition (DSM-IV), adotam esta nomenclatura quando definem a anorexia nervosa.

De acordo com o 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*, 4ª edição (DSM-IV), a anorexia é um transtorno alimentar onde há recusa do indivíduo em manter um peso adequado para a sua estatura, medo intenso de ganhar peso e uma distorção da imagem corporal, além de negação da própria condição patológica (APA, 1994).

A anorexia nervosa começa com uma restrição dietética insidiosa e acompanhada de exercícios físicos planejados para redução do peso, geralmente despercebida pelos familiares. Com a progressão da restrição alimentar e a eliminação de certos tipos de alimentos considerados “engordantes”, como os carboidratos e as gorduras, o emagrecimento torna-se acentuado e perceptível. Os indivíduos manifestam profunda insatisfação com o seu próprio corpo e não conseguem manter o peso corporal dentro dos limites mínimos recomendados. O temor de engordar acarreta uma atenção exclusiva à alimentação, ao peso e à forma corporal, restringido o campo de interesse e o contato social. O limite extremo da recusa em alimentar-se pode ser atingido (NAKAMURA, 2004).

Este quadro da anorexia nervosa é acompanhado por várias complicações clínicas relacionadas ao comprometimento do seu estado nutricional. A maioria dessas complicações representa mecanismos compensatórios que o organismo manifesta como forma de adaptação à restrição dietética. São relatadas: comprometimento das funções vitais (braquicardia, hipotensão, hipotermia), anemia, hipercolesterolemia, hipoglicemia, osteoporose, alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipocalemia que pode levar a arritmia cardíaca e morte), alterações endócrinas (diminuição do hormônio luteinizante (LH), do hormônio estimulante folicular (FSH) e do estrógeno ou progesterona; aumento do cortisol e do hormônio do crescimento), amenorréia, distúrbios na motilidade gastrointestinal, comprometimento cardiovascular, pele seca, lanugem (pêlo fino no tronco e nas extremidades), entre outras (APPOLINÁRIO; CALUDINO, 2000; ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

2.2.1 Critérios diagnósticos

Os primeiros critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia nervosa surgiram na década 1970. Estes critérios ressaltavam a acentuada perda de peso, a preocupação excessiva com o risco de engordar, as alterações na percepção corporal e disfunções endócrinas, como a amenorréia (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Os atuais sistemas classificatórios de doenças mantêm estes aspectos incorporados nas diretrizes diagnósticas da anorexia nervosa. 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 prática 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 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 de engordar mesmo estando abaixo do peso recomendado;

- Perturbação na forma de vivenciar o peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação ou negação do baixo peso;

- Amenorréia por 3 ciclos consecutivos, em mulheres pós-menarca;

- Subtipos: a) 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.

b) restritivo: utilização de exercícios físicos e restrição dietética, sem comportamentos compulsivos e purgativos regulares (APA, 1994).

Uma divergência importante entre os dois sistemas classificatórios é a criação dos subtipos de anorexia nervosa. O DSM-IV baseou-se em estudos que demonstram que indivíduos com anorexia nervosa com comportamento compulsivo periódico/purgativo se diferenciam daqueles que apenas restringem a alimentação no que se referem à impulsividade, antecedentes de obesidade e aspectos da personalidade. Existem diferenças também entre indivíduos bulímicos que mantêm um peso normal e aqueles que perdem peso de forma acentuada, manifestando as complicações da desnutrição. O CID-10 não distingue a anorexia nervosa em subtipos e confere diagnóstico de bulimia nervosa àqueles indivíduos que apresentam episódios bulímicos e baixo peso (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Alguns indivíduos apresentam um conjunto de sintomas de difícil classificação como transtorno alimentar típico. São considerados como síndrome parcial, também denominada de anorexia nervosa atípica pelo CID-10 ou transtorno alimentar não especificado segundo o DSM-IV. A síndrome parcial caracteriza-se por uma manifestação sintomatológica leve, sendo insuficientes para atingir o limiar diagnóstico, ou incompleta, dada pela ausência de um ou mais aspectos clínicos essenciais para obter um diagnóstico definitivo de anorexia nervosa (OMS, 1993; APA, 1994; APPOLINÁRIO; CLAUDIO, 2000).

As síndromes parciais são consideradas muito mais frequentes que as síndromes completas. Existem relatos que 14 a 46% das síndromes parciais progredem para síndromes completas (NUNES et al., 2001; SANTONCINI et al., 2000).

2.2.2 Etiologia da anorexia nervosa

A etiologia da anorexia nervosa não está completamente elucidada. O modelo etiológico aceito atualmente para explicar a gênese e a manutenção da anorexia nervosa é o modelo multifatorial. Existe uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais que se inter-relacionam de modo complexo para produzir e perpetuar o transtorno (MARÍN, 2002).

Busse e Silva (2004) comentam que fatores psicológicos e socioculturais parecem ter maior influência na anorexia nervosa. Esses autores citam estudo de Matarazzo, em 1992, que relata que a conversão de um conflito de origem emocional em um sintoma físico é a explicação mais aceitável para gênese da anorexia nervosa.

Entre os fatores psicológicos destacam-se alguns traços de personalidade como obsessividade, perfeccionismo, disciplina, rigidez, inflexibilidade, passividade e introversão, comuns em indivíduos com anorexia nervosa. Outros transtornos psiquiátricos como depressão, baixa auto-estima e conseqüente auto-avaliação negativa são também importantes fatores. A depressão e os transtornos da ansiedade parecem estar associados à anorexia nervosa, representando fatores de risco para o seu desenvolvimento (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

A restrição auto-imposta pelo adolescente pode funcionar como uma espécie de contenção psicológica do seu desenvolvimento físico para manter-se por mais tempo no estado pré-puberal (CASTILHO, 1999).

Alguns padrões de interação familiar são fatores de risco para a anorexia nervosa e podem desencadear o transtorno se outras características estiverem presentes. As famílias dos anoréxicos, comparadas às famílias de indivíduos normais, são descritas pela rigidez, intrusão e tendência a evitar conflitos, em parte devido à incapacidade de resolvê-los. Possuem pouca

comunicação e uma distância emocional entre os membros familiares. Observa-se também o envolvimento direto dos indivíduos com anorexia nervosa nos conflitos dos pais. Ou seja, estes indivíduos consideram-se culpados ou são julgados por outras pessoas como responsáveis pelos problemas de relacionamento do casal. Acrescenta-se a superproteção familiar e o pouco senso de autonomia e individualidade dos anoréxicos. A restrição dietética e a recusa dos alimentos representam uma estratégia para se definirem como pessoa única e com poder sobre os pais (FALCETO et al., 1993).

Parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa apresentam um risco maior de desenvolverem o transtorno do que familiares de indivíduos saudáveis. Esta transmissão da anorexia nervosa dentro da família sugere a participação de fatores biológicos, como a genética, mas também reforça a presença de fatores ambientais ou socioculturais neste mecanismo de difusão. Insatisfação corporal da mãe, maiores índices de massa corporal do pai e da mãe, realização de dietas visando o emagrecimento pelas mães, irmãos e amigos parecem servir de modelo para comportamentos alimentares anormais. Contudo, a relação mãe e filha, especialmente no que diz respeito às conversas sobre dietas e comida, parece ser o fator mais capaz de induzir os transtornos alimentares (STROBER et al., 2000; SAMPEI, 2001).

Vários fatores biológicos manifestam-se na gênese da anorexia nervosa. No que diz respeito aos fatores genéticos, Ribeiro (2004) em uma revisão sobre o tema, aponta diversos estudos que levantam a possibilidade de existirem componentes genéticos relacionadas à anorexia nervosa. Entre esses, dois estudos de Holland e colaboradores, publicados em 1984 e 1988, respectivamente, sobre a incidência de anorexia nervosa em gêmeos monozigóticos e dizigóticos. No primeiro, com total de 30 gêmeas investigadas, observou-se uma concordância para manifestação da anorexia nervosa em 55% das monozigóticas e 7% para as dizigóticas. O estudo posterior, ampliando para 45 o número de gêmeas analisadas, encontrou

concordância de 56% para as monozigóticas e 5% para as dizigóticas. Todavia, Ribeiro ressalta que avaliar a participação genética no desenvolvimento da anorexia nervosa é bastante difícil e complexo, devido ao grande número de variáveis que podem interferir nos resultados, mesmo se tratando de pesquisas multidimensionais sobre a etiologia desse transtorno.

Alterações neuroquímicas, especialmente nas vias noradrenérgicas e da serotonina, podem predispor a anorexia nervosa por meio de modificações primárias no humor, controle do impulso e obsessividade, conferindo aos indivíduos traços de personalidade típicos de anoréxicos. O mecanismo de regulação da fome e da saciedade pode também ser modificado. Contudo, ainda não existe um consenso se estas alterações ocorrem devido à diminuição ou aumento da noradrenalina, serotonina e seus metabólicos. Na anorexia nervosa, o valor da concentração sérica de serotonina encontra-se elevado, entretanto, seu maior metabólito encontra-se diminuído. Contra-senso não desvendado, mas por outro lado, já é bem documentado o efeito da serotonina sobre a intensificação da saciedade após o início do consumo alimentar, suprimindo a velocidade do ato de se alimentar e o tamanho das refeições (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Existe hipótese de uma disfunção do sistema nervoso central participar da etiologia da anorexia nervosa. Uma revisão sobre neuropsicologia dos transtornos alimentares sugere que indivíduos com anorexia nervosa apresentam deficiências viso-espaciais, de viso-construção e de atenção seletiva. As deficiências viso-espaciais estariam relacionadas à dificuldade para estimar o tamanho corporal, enquanto que as deficiências de viso-construção foram observadas pela dificuldade para realizar desenhos complexos. Estudos citados sugeriram que indivíduos com anorexia nervosa poderiam apresentar uma disfunção do lobo parietal direito, o qual pode ser responsável pela distorção da imagem corporal. Indivíduos com anorexia nervosa também apresentaram viés de atenção significativo para palavras

associadas à alimentação e forma do corpo, em prejuízo das palavras neutras. Este comportamento sugere uma distorção do raciocínio em decorrência do esquema cognitivo do anoréxico que produziria erros no processamento de informações pouco associadas à alimentação e ao corpo (DUCHESNE et al., 2004).

A discussão etiológica dos fatores biológicos aparece de forma pouco consensual, sendo esses algumas vezes confundidos com os próprios sintomas do transtorno alimentar. O estado nutricional desfavorável, marcado pela magreza, desencadeia uma série de alterações importantes no funcionamento do organismo, dificultando a identificação das características biológicas que antecedem a anorexia nervosa ou que são respostas dadas a estas modificações (RITTER; BONALUME, 2003). Ainda Duschene e colaboradores (2004) ressaltam que uma melhora no funcionamento cognitivo após tratamento poderia indicar que as deficiências são funcionais, ou do contrário, a manutenção do quadro após tratamento sugeriria que as deficiências antecedem a anorexia nervosa.

Outros fatores de origem biológica como a puberdade precoce e a tendência à obesidade estão também associadas a fatores socioculturais. O aumento da gordura corporal em meninas provocado pela puberdade precoce, reforça antecipadamente as preocupações com o corpo baseadas nos padrões culturais de beleza, o que pode induzir o início de uma restrição dietética, da mesma forma que a tendência à obesidade pode gerar esse comportamento (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; CASTRO; GOLDSTEIN, 1995; FIELD et al., 2003; BRAGGION; MATSUDO; MATSUDO, 2000).

Favero, Ferrara e Santonastaso (2003) relatam que mulheres que adotam dietas hipocalóricas com propósito de controlar o peso corporal apresentam elevado risco para desenvolver anorexia nervosa. O risco aumenta com o número de dietas realizadas, sendo 11 vezes e 18 vezes maiores para quem iniciou uma ou quatro dietas ao longo da vida, respectivamente.

No contexto sociocultural dos países ocidentais, o ideal de beleza centrado na magreza e imposto predominantemente ao sexo feminino tem papel importante na gênese da anorexia nervosa. A magreza, que nessas sociedades expressa sucesso, autocontrole, competência, beleza e ser atraente sexualmente, é fortemente veiculada pelos meios de comunicação e reforçada socialmente pela família e amigos (STICE et al., 1994)

Esta pressão para se ter o corpo magro induz modificações nos comportamentos relacionados à alimentação e à forma de perceber o corpo. O esforço para manter-se dentro do padrão passa pela submissão às cirurgias plásticas, adoção de dietas restritivas e práticas extenuantes de exercícios físicos. Entretanto, para a maioria das mulheres, manter-se dentro do ideal preconizado esbarra em uma impossibilidade biológica. Conseqüentemente, o grau de insatisfação corporal no sexo feminino é muito alto (PINHAS et al., 1999; SÁ, 2003).

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 parece ser mais preponderante do que o próprio IMC, representando um forte fator de risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa (NUNES et al., 2001).

Alguns autores estabelecem uma relação de causalidade entre padrão de beleza feminino das últimas décadas, desenvolvido socioculturalmente, e aumento no número de casos de transtornos alimentares, entre eles a anorexia nervosa (NAKAMURA, 2004; VILELA et al., 2004).

Corroborando o descrito anteriormente, mudanças notáveis no padrão de beleza e estética revelam que o padrão socialmente aceito também se transformou nas últimas décadas. Nos anos 70 e 80, observou-se a quebra dos tabus da sexualidade e o corpo sensual virou moda. A procura pela “malhação” nas academias aumentou, reforçando *marketing* do corpo. Por outro lado, a valorização da saúde orgânica como requisito para o bem estar, levou a

busca pela alimentação equilibrada e atividade física adequada. Esta evolução sobre a estética do corpo causou a abertura de inúmeras academias, lançamento de vários periódicos sobre o corpo, saúde e esportes, além de lojas para a comercialização de cosméticos, produtos dietéticos, roupas e equipamentos de ginástica. No final do século XX e início do XXI, a estética do corpo adquire espaço na sociedade de consumo. Um grande número de imagens do corpo ideal é disseminado como produto que precisa ser adquirido por qualquer pessoa (FEIJÓ, 1998; ASSUMPÇÃO, 2004; SÁ, 2003; ANTUNES, 2002).

Todavia é necessário refletir sobre a importância da modernidade e de seu padrão estético e de beleza na etiologia da anorexia nervosa. A anorexia nervosa foi descrita pela primeira vez em uma época em que os padrões estéticos não correspondiam aos atuais e por isto, o modelo de beleza feminina centrada no “culto da magreza” não pode ser concebido como fator principal ou único deste transtorno (CORDÁS; WEINBERG, 2002). Ressalta-se novamente a etiologia multifatorial da anorexia nervosa, cuja interação de fatores psicológicos, como os traços de personalidade, e fatores biológicos, como aspectos genéticos, poderia estar atuando simultaneamente com outros fatores sociais à época da descoberta dos primeiros casos do transtorno, não relacionados aos atuais critérios de beleza física.

Na sociedade industrializada atual, existe um paradoxo que parece exercer influência sobre o desenvolvimento da anorexia nervosa. Se por um lado há uma forte pressão social para manter ou alcançar o corpo magro, por outro, existe um grande estímulo para a ingestão de alimentos hipercalóricos, que aliado ao sedentarismo, têm aumentado a prevalência de sobrepeso e obesidade. A globalização melhora a divulgação das imagens do ideal de magreza através dos aparelhos midiáticos, ao passo que também estimula o consumo de alimentos industrializados, da alimentação fora de casa e da substituição das refeições tradicionais pelos lanches energéticos (CARVALHO; NOGUEIRA; TELES, 2001; VERRI et al., 1997; IBGE, 2004).

No início do seu estudo, a anorexia nervosa foi associada a classes socioeconômicas mais privilegiadas. Esta associação provavelmente ocorreu porque as pesquisas nessa época eram de caráter clínico e os indivíduos encaminhados para os setores hospitalares pertenciam de fato a essas classes sociais. Estudos populacionais começaram a demonstrar pouca ou nenhuma associação entre transtornos alimentares e nível socioeconômico (FLEITLICH, 2000; FAVORO; FERRARA; SANTONASTASO, 2003).

Em relação à urbanização, a prevalência de transtornos alimentares nas regiões rurais pode assemelhar-se às taxas de localidades urbanas. Parece ser praticamente impossível preservar as características socioculturais destas regiões menos urbanizadas devido ao fenômeno da globalização que assume a divulgação dos ideais estéticos e padrões de beleza do corpo. Todavia, a contenção da globalização depende das características de cada região, pois prevalências distintas também foram encontradas em áreas com diferentes graus de urbanização (VILELA et al., 2004; FAVORO; FERRARA; SANTONASTASO, 2003).

Existem alguns grupos populacionais como estudantes de cursos universitários da área da saúde, alunos de escolas de balé, atletas e modelos que parecem estar mais susceptíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares (FIATES; SALLES, 2001; NEUMÄRKER et al., 1998; KNIJNIK; SIMÕES, 2000; MUNSON, 1998).

Existe uma outra organização dos fatores etiológicos da anorexia nervosa. Baseia-se na organização clássica destes múltiplos fatores em predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os fatores predisponentes são aqueles que quando estão presentes representam risco maior para o desenvolvimento da anorexia nervosa, como por exemplo, sexo feminino, padrão de beleza feminina centrada na magreza, depressão e baixa auto-estima, rigidez e superproteção familiar, desequilíbrio neuroquímico, personalidade obsessiva e perfeccionista, entre outros. Os fatores precipitantes desencadeiam o transtorno, marcando a aparição dos primeiros sintomas. A dieta hipocalórica é o fator precipitante mais importante, porém

não é suficiente para explicar o desenvolvimento da anorexia nervosa. Eventos estressores envolvendo uma desorganização da vida como doença, gravidez inesperada, perda afetiva, morte e comentários negativos a cerca da aparência física também são considerados fatores precipitantes, sendo que o grau de influência sobre o aparecimento do transtorno varia para cada indivíduo. Os fatores mantenedores são responsáveis pela perpetuação da anorexia nervosa, entre elas, as alterações fisiológicas (neuroendócrinas) e psicológicas (distorção da imagem corporal e obsessividade) produzidas pelo estado de desnutrição e a pressão cultural para manter o corpo magro (MARÍN, 2002; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

2.2.3 Imagem corporal e anorexia nervosa

A imagem corporal é a figura do próprio corpo formada na mente do indivíduo, ou seja, é o modo pelo qual o corpo passar 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 (SCHILDER, 1994).

Araújo, Vazellotti e Lemos (1996, p.634) concebem a imagem corporal sob duas dimensões: “a representação cerebral de toda sensação corporal organizada no córtex parietal; e a concepção pessoal do próprio corpo em contraste com o corpo real ou a concepção de outras pessoas sobre o próprio corpo”.

Baseados em descrições encontradas na literatura, Braggion, Matsudo e Matsudo (2000) definem a imagem corporal como uma capacidade de representação mental do próprio

corpo realizada por cada indivíduo, envolvendo aspectos relacionados à estrutura, como tamanho e dimensão; à aparência, como forma e aspectos; assim como outros componentes psicológicos e físicos da imagem corporal.

Neste sentido, a imagem corporal está relacionada à consciência que o indivíduo tem de seu corpo, formada a partir de valores, de afetos, da própria história pessoal e das múltiplas influências sócio-histórico-culturais que recebe. Pode ser definida como “a percepção que todo indivíduo tem de seu próprio corpo e das relações que ele mantém com o espaço circundante”. Ou ainda, é a “reconstrução constante do que o indivíduo percebe de si e das determinações inconscientes que ele traz de seu diálogo com o mundo”. Desta maneira, o grau de satisfação ou insatisfação da pessoa com seu próprio corpo faz parte da construção da imagem corporal (FREITAS, 1999, p.17,30).

Distinguem-se, assim, dois aspectos da imagem corporal: a precisão na estimativa do tamanho corporal e os sentimentos em relação ao corpo ou parte dele (MATOS et al., 2002).

Nos transtornos alimentares, o distúrbio da imagem corporal é um sintoma nuclear. Segundo Cooper e colaboradores (1987), o distúrbio da imagem corporal é complexo e reúne duas concepções: a preocupação com a imagem que envolve uma insatisfação média com alguma região do corpo ou até distorção extrema da imagem corporal, expressa por um sentimento de repugnância em relação ao próprio corpo; e a superestimação do tamanho do corpo, reflexo de uma inabilidade para estimar com precisão o tamanho corporal.

Segundo o DSM-IV, 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, 1994).

Em outras palavras, na anorexia nervosa está presente um intenso medo de ganhar peso ou de tornar-se obeso mesmo estando abaixo do peso ou uma supervalorização da forma corporal como um todo ou de suas partes (SAIKALI et al., 2004). Os indivíduos sentem-se com excesso de peso ou se percebem com um peso maior do que realmente apresentam. Esta alteração na percepção da forma e tamanho do próprio corpo gera insatisfação do indivíduo com a imagem mentalmente construída (FIGUEIRA et al., 1993).

O padrão de beleza definido por valores socioculturais, rigidamente centrado num corpo feminino magro na época atual, induz as mulheres a fazerem avaliações e comparações de suas características corporais. A discrepância entre as percepções do 'eu' (real) e o ideal cultural, influencia fortemente o autoconceito e a imagem corporal. Gera-se uma insatisfação com a imagem corporal (peso e/ou forma do corpo) bem identificada no sexo feminino (CASTILHO, 1999).

Estudos nacionais e internacionais demonstram que a insatisfação corporal é bastante comum em mulheres de várias faixas etárias, com destaque para as adolescentes, e está freqüentemente associada a comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle do peso. Observam-se entre os estudos uma diversidade de métodos empregados para avaliar a imagem corporal. Nos estudos citados a seguir será destacado apenas o emprego do BSQ-34, uma vez que nesta pesquisa será utilizado o mesmo instrumento.

Entre os estudos nacionais, 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. No sexo feminino, 69% desejavam perder peso, 58% faziam dieta e 56% praticavam exercícios para perder peso. Entre os alunos com alto risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa, 13% faziam uso de algum tipo de método purgativo para auxiliar no emagrecimento (pílulas, laxativos, diuréticos, vômitos auto-induzidos) (VILELA et al., 2004).

Adolescentes do sexo feminino de origem caucasiana ($n = 356$), na faixa etária de 10 a 17 anos, na cidade de São Paulo, apresentaram aproximadamente 62% de insatisfação com o peso corporal e 58% de insatisfação com a forma corporal. As partes do corpo que desejavam diminuir correspondiam à barriga, as coxas e ao quadril. Dieta e jejum foram as condutas mais adotadas para obter o emagrecimento (SAMPEI, 2001).

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).

Em mulheres adolescentes e adultas ($n = 513$), residentes na zona urbana de Porto Alegre, observou-se prevalência de 30,2% para comportamentos alimentares de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa e bulimia. Na avaliação da percepção do peso corporal, 37,8% das mulheres consideravam-se 'gorda' e 45,8% desejavam pesar menos. Cerca de 60% das mulheres que apresentavam IMC normal, mas que se consideravam 'gorda', apresentaram

comportamento alimentar de risco ou anormal. As mulheres que se achavam ‘gorda’ apresentaram quatro vezes mais risco de desenvolverem comportamentos alimentares normais do que aquelas mulheres que se auto percebiam com peso normal (NUNES et al., 2001).

Com relação aos estudos realizados em outros países, na região de Nápoles, Itália, uma investigação com estudantes femininas de 14 a 18 anos (n = 156) demonstrou que 25% apresentavam-se insatisfeitas com a imagem corporal. Aproximadamente 35% das adolescentes faziam dietas, e entre estas, a insatisfação corporal e as atitudes que visavam à magreza eram mais freqüentes. Nas adolescentes identificadas com síndromes parciais de anorexia nervosa e bulimia, cerca de 10% estavam com sobrepeso (BOSCHI et al., 2003).

Adolescentes de ambos os sexos com idade compreendida entre 14 e 19 anos (n = 955), na cidade de Girona, na Espanha, apresentaram 56% de preocupação com a imagem corporal. Entre as adolescentes que manifestavam maior sintomatologia própria dos transtornos alimentares, principalmente prática de dieta e controle da comida, o número de insatisfeitas e preocupadas com a imagem corporal era maior (FERRANDO et al., 2002).

Adolescentes de 12 a 19 anos de ambos os sexos (n = 9.755) que estudavam em escolas da rede pública e privada de ensino, no Distrito Federal do México, foram investigadas a respeito das condutas alimentares de risco. Identificou-se que 15% das garotas e apenas 5,3% dos garotos tinham preocupação ou medo de engordar. As práticas de jejum e dieta para emagrecer foram significativamente maiores no sexo feminino. Os resultados ainda demonstram que as condutas alimentares de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares são maiores nos sujeitos que sobre estimam seu peso corporal (SANTONCINI et al., 2000).

2.2.4 Panorama mundial da anorexia nervosa

As estimativas sobre a incidência e prevalência da anorexia nervosa estão intimamente relacionadas com reconhecimento e delineamento preciso do transtorno nos esquemas de classificação (CID e DSM) e no desenvolvimento de métodos para os estudos epidemiológicos. A baixa prevalência dos transtornos alimentares na população em geral e a tendência dos sujeitos em ocultar a doença ou evitar tratamento médico geram os maiores problemas de seleção da população e de identificação dos casos, colocando em questionamento a validade de muitos estudos epidemiológicos (HAY, 2002; HOEK; HOEKEN, 2003).

Estratégias metodológicas têm sido apontadas na tentativa de contornar estas dificuldades, como a realização de estudos baseado em registros médicos, estudos de duplo estágio ou estudo de populações especiais. O estudo baseado em prontuários médicos de clínicas e hospitais apresenta a frequência dos casos tratados, os quais representam à minoria dos casos na população, além de não permitir o contato direto com o paciente. Os estudos de populações especiais selecionam um segmento da população geral considerada de risco para o desenvolvimento do transtorno. Sua maior limitação é a generalização dos resultados encontrados para a população geral. Os estudos de duplo estágio realizam na primeira etapa a identificação dos possíveis casos de transtornos alimentares em uma população de risco por meio de questionários de rastreamento. Na segunda etapa, estes indivíduos são entrevistados individualmente por profissionais treinados e confrontados com uma amostra randomizada de indivíduos controle. As principais dificuldades metodológicas neste tipo de estudo são as pequenas taxas de resposta, a sensibilidade e especificidade do instrumento de rastreamento e o tamanho restrito dos grupos entrevistados. Todavia, é atualmente o método mais aceito para identificação da prevalência dos transtornos alimentares (HOEK; HOEKEN, 2003).

Mitrany e colaboradores (1995), num estudo de base em registros médicos de 19 centros de assistência pública à saúde de Israel, apontaram taxa de incidência de anorexia nervosa de 29 casos por cem mil adolescentes (12 a 18 anos de idade) durante período de 1989 a 1993.

Estudos de duplo estágio realizados na Espanha, em três localidades diferentes, mostraram índices de prevalência de anorexia nervosa semelhantes. No estado de Valência, uma pesquisa conduzida entre 1998 e 1999, por meio dos critérios do DSM-IV, apontou prevalência de anorexia nervosa de 0,2% entre adolescentes de 12 a 18 anos de idade, sendo 0,4% no sexo feminino e nulo no sexo masculino (síndromes completas). Considerando em conjunto síndromes completas e parciais, a prevalência aumentou para 1,3%, sendo 2,3% nas garotas e 0,4% nos garotos. Excluindo as síndromes completas, a prevalência de anorexia nervosa subclínica foi 3% na população total estudada, sendo 5,2% no sexo feminino e 1,1% no sexo masculino (ROJO et al., 2003). Em Navarra, estudo realizado em 1997 com estudantes do sexo feminino, faixa etária de 12 a 21 anos, revelou prevalência de anorexia nervosa de 0,3% (síndromes completas), segundo critérios do DSM-IV. A distribuição desta prevalência nos subtipos restritivo e compulsivo-purgativo foi 0,2% e 0,1%, respectivamente. Considerando apenas as formas subclínicas, a prevalência de anorexia nervosa aumenta para aproximadamente 1% (PÉREZ-GASPAR et al., 2000). Em Madri, no período de 1993-1994, a prevalência de anorexia nervosa foi 0,7% para síndromes completas e 1,1% para síndromes parciais em adolescentes femininas de 15 anos de idade, segundo critérios do DSM-III-R (MORANDÉ; CELADA; CASAS, 1999).

Estudo de revisão da literatura publicada na base de dados *Medline*, incluindo somente síndromes completas, relata que a prevalência de anorexia nervosa em estudos de duplo estágio (n = 14) realizados com mulheres adolescentes na faixa etária de 11 a 35 anos oscilou entre 0 – 0,9%. Com relação à incidência, os estudos revisados (n = 13), publicados

entre 1970 a 1999, apresentaram grande variedade de índices, com amplitude de 0,10 a 12 por 100.000 habitantes. Segundo os autores, os estudos apontaram que até a década de 70 houve aumento nos registros de incidência da anorexia nervosa na Europa. A discussão a respeito do aumento da incidência do transtorno na população geral durante o século XX ainda é questionável, pois tem sido documentada a incidência de casos registrados e o aumento da demanda por tratamento (HOEK; HOEKEN, 2003).

Cordás, Salzano e Rios (2004) corroboram com esta idéia sugerindo que parte do aumento na incidência da anorexia nervosa esteja relacionada à realização de um diagnóstico mais preciso pelos profissionais da saúde e um maior conhecimento da doença pela sociedade.

Com relação à ocorrência da anorexia nervosa e nível socioeconômico, na opinião de Hay (2002), os estudos recentes sugerem que a anorexia nervosa não é um fenômeno exclusivamente ocidental e que está mais amplamente distribuído entre todas as classes socioeconômicas.

Confirmando a distribuição mais homogênea da anorexia nervosa entre as classes socioeconômicas, um estudo de prevalência de base populacional coloca em discussão que algum aspecto do grau de urbanização pode influenciar no aparecimento desse transtorno, e não necessariamente o nível socioeconômico dos indivíduos. Esse estudo foi realizado com uma amostra de 934 mulheres jovens de 18 a 25 anos de idade, residentes em áreas urbanas e suburbanas de Pádua, Itália. Foi encontrado 2% de prevalência de anorexia nervosa existente (diagnóstico conhecidos pelos indivíduos) e 0,3% para casos detectados no momento da investigação, sendo superior o subtipo restritivo. Considerando síndromes atípicas, a prevalência encontrada foi 2,6% para casos existentes e 0,7% para casos diagnosticados no momento da entrevista. A prevalência de anorexia nervosa na área urbana foi superior à prevalência da área suburbana. Esse contraste sugere relação com as diferenças sociais entre as duas áreas. Contudo, as variáveis classe social, escolaridade, idade, estado civil e situação

profissional não apresentaram diferença significativa associada ao diagnóstico de anorexia nervosa. Houve associação significativa entre anorexia nervosa e o número de dietas hipocalóricas e abuso sexual, porém estas características foram semelhantes entre as áreas, demonstrando pouco ou nenhum efeito da urbanização nestes fatores (FAVORO; FERRARA; SANTONASTASO, 2003).

Quanto ao gênero, existe consenso na literatura de que a anorexia nervosa é mais prevalente no sexo feminino, apesar do recente incremento no número de casos do transtorno diagnosticado no sexo masculino. Valores da *American Psychiatric Association*, publicado em 2000 e citado por Appolinário e Claudino (2002), confirmam que a anorexia nervosa desenvolve-se predominante no sexo feminino, com prevalência pontual de 0,28% e taxas de prevalência no decorrer da vida oscilando entre 0,3 e 3,7%. Cordás (2001) aponta que a anorexia nervosa afeta cerca de 0,5% das mulheres e vem crescendo entre os homens.

Aproximadamente 90 a 95% dos indivíduos que desenvolvem anorexia nervosa são do sexo feminino e aproximadamente 85% desenvolvem o transtorno entre os 13 e 20 anos de idade. Estima-se que a anorexia nervosa acomete 0,5 a 1% das adolescentes femininas. Nos Estados Unidos, a anorexia nervosa chega a ser considerada a terceira doença crônica mais comum entre os adolescentes, ficando abaixo da obesidade e da asma (MARÍN, 2002; FLEITLICH et al., 2000; RITTER; BONALUME, 2003; FISCHER et al., 1995).

No Brasil, até 1990 não existiam trabalhos nacionais sobre transtornos alimentares. Em 1992 a implantação do modelo inglês de tratamento dos transtornos alimentares no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo deu origem a formação das primeiras equipes de profissionais e dos primeiros grupos de estudo sobre transtornos alimentares. Ainda hoje, a produção científica brasileira sobre esses transtornos sofre grandes limitações e somente nos últimos anos têm aumentado (CORDÁS, 2001).

Os poucos estudos brasileiros sobre a anorexia nervosa em população não-clínica freqüentemente utilizam o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) como instrumento de investigação epidemiológica para identificação de indivíduos com comportamentos alimentares anormais sugestivos de anorexia nervosa. O EAT-26 é um teste psicométrico muito utilizado na atualidade, capaz de medir os sintomas de anorexia nervosa, avaliando comportamentos alimentares restritivos (dieta e jejum) e comportamentos compulsão periódica/purgativo (ingestão excessiva de alimentos e vômito auto-induzido). Indivíduos cujas respostas pontuam um escore igual ou maior a 21 pontos são classificados como sintomáticos para a anorexia nervosa, correspondendo à síndrome parcial ou completa, cujo diagnóstico definitivo precisa ser confirmado por entrevista clínica individual (GARNER; GARFINKEL, 1979; NUNES et al., 1994).

Uma pesquisa realizada com universitárias da Universidade Federal de Santa Catarina (n = 221), localizada no município de Florianópolis, avaliou por meio do EAT-26 a presença de sintomas de anorexia nervosa em estudantes de Nutrição e de outros cursos de graduação desvinculados da área da saúde, com idade entre 19 a 25 anos. Entre as estudantes de Nutrição a prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi 25,4%, entre as universitárias de outros cursos 18,7% e na amostra total 22,2%. A diferença entre os dois grupos de comparação não foi significativa (FIATES; SALLES, 2001).

Na área urbana da cidade de Porto Alegre (RS), a prevalência de sintomas de anorexia nervosa em mulheres na faixa etária de 12 a 29 anos (n = 513), obtida por meio do EAT-26, foi 16,6%, (NUNES et al., 2001).

Estudo realizado na cidade de São Paulo (SP), com adolescentes de 10 a 11 anos formando o grupo de meninas sem menarca e adolescentes de 16 e 17 anos compondo o grupo de meninas com menarca (n = 550), provenientes de escolas da rede privada de ensino, grupos de escoteiros e escola de língua japonesa, identificou a prevalência de sintomas de anorexia

nervosa nos grupos citados acima e conforme a origem étnica (nipônicas e caucasianas) utilizando o EAT-26. Nas adolescentes nipônicas sem menarca a prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi 4,9%, aumentando para 12,7% no grupo com menarca de mesma etnia, entretanto, esta diferença não foi significativa. A prevalência de sintomas de anorexia nervosa nas adolescentes caucasianas sem menarca foi 26,7% e no grupo com menarca correspondeu a 19,4%, sendo a diferença estatisticamente significativa, apesar deste resultado apresentar-se contrário ao esperado. Comparando os grupos étnicos, com relação ao fenômeno menarca, observou-se diferença significativa somente entre as adolescentes nipônicas e caucasianas sem menarca (SAMPEI, 2001).

Em um colégio particular localizado na região urbana e central do município de São Paulo (SP), entre as adolescentes de 15 a 18 anos ($n = 279$), cerca de 21% apresentaram sintomas de anorexia nervosa (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

Outro estudo realizado com universitários (ambos os sexos) de uma instituição do ensino superior particular localizada em Belo Horizonte (MG) comparou a presença de sintomas de anorexia nervosa entre estudantes da primeira fase dos cursos de graduação em Nutrição, Matemática e Educação Física ($n = 326$). As prevalências encontradas foram, respectivamente, 12,1%; 13,9% e 10,9% e a prevalência no total de estudantes investigados foi 11,9%. Esta pequena diferença observada na prevalência de sintomas de anorexia nervosa parece não estar associada a nenhum curso universitário (LUZ, 2003).

Em regiões do interior de Minas Gerais, estudantes de escolas públicas ($n = 1.807$), na faixa etária de 7 a 19 anos e de ambos os sexos, apresentaram prevalência de sintomas para anorexia nervosa igual a 13,3%, com predomínio significativo no sexo feminino (VILELA et al., 2004).

Os estudos nacionais, utilizando o mesmo instrumento (EAT-26), revelam prevalências de sintomas de anorexia nervosa bastante diversificadas (FIATES; SALLES,

2001; NUNES et al., 2001; SAMPEI, 2001; DUNKER; PHILIPPI, 2003; LUZ, 2003; VILELA et al., 2004).

2.2.5 Instrumentos para avaliação dos sintomas de anorexia nervosa: *Eating Attitudes Test (EAT)* e *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

Os instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares foram desenvolvidos com o objetivo de sistematizar as investigações destes transtornos, tendo por base os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV e CID-10. Nas pesquisas sobre transtornos alimentares que possuem etiologia multifatorial, como é o caso da anorexia nervosa, devem ser empregados instrumentos para o rastreamento ou diagnóstico associados àqueles que avaliem outros parâmetros, como por exemplo, a imagem corporal (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

O *Eating Attitudes Test (EAT)* é um teste psicométrico auto-aplicável muito utilizado atualmente nos estudos sobre anorexia nervosa. Foi desenvolvido por Garner e Garfinkel, em 1979, com o propósito de avaliar uma ampla faixa de comportamentos e atitudes característicos desse transtorno. Os itens que fazem parte do teste foram elaborados a partir da descrição clínica da anorexia nervosa na literatura. A primeira versão do EAT foi composta por 40 itens, dispostos no formato de uma escala de Likert com três pontos e seis categorias de respostas (sempre, muitas vezes, às vezes, poucas vezes, quase nunca, nunca). Cada resposta extrema na direção da anorexia nervosa recebeu pontuação três, enquanto a categorias adjacentes pontuaram dois pontos e um ponto, respectivamente, e as restantes não receberam pontuação. O teste de validação foi realizado com dois grupos independentes: um

grupo de 33 pacientes com anorexia nervosa, em graus diferentes de tratamento; e outro grupo formado por 59 estudantes universitárias com idade e classe econômica semelhante ao grupo de anoréxicas. O coeficiente de validade obtido foi 0,87, revelando que o teste tem boa predição para anorexia nervosa. Através de análise fatorial, os itens foram agrupados em sete fatores que refletiam: preocupação alimentar; imagem corporal para magreza; abuso de laxante e vômitos; dieta; comer devagar; comer escondido e pressão social para ganho de peso. O ponto de corte estabelecido para evitar falsos negativos equivale a um escore total mínimo de 30 pontos. Na conclusão dos autores, o EAT é um instrumento válido, objetivo e econômico para avaliar os sintomas de anorexia nervosa. Pode ser utilizado como um instrumento de rastreamento para prevalência ou incidência de casos de anorexia nervosa em populações de alto risco para o transtorno (GARNER; GARFINKEL, 1979).

Em 1982, a mesma dupla de autores que elaboraram o EAT e outros colaboradores se propuseram a analisar o teste em um grupo maior de pacientes com anorexia nervosa, a fim de verificar se os grupos de itens estavam associados com características clínicas e de personalidade do transtorno. O grupo de anorexia nervosa foi composto por 160 pacientes do sexo feminino, em vários estágios do transtorno, as quais responderam ao EAT e outros tipos de escalas que avaliaram a imagem corporal, satisfação com o corpo e traços de personalidade. O grupo controle foi formado por 140 universitárias do curso de psicologia e respondeu somente ao EAT. O EAT foi submetido à outra análise fatorial e os 40 itens da primeira versão formaram apenas três fatores nesta nova análise: fazer dieta; bulimia e preocupação com alimentos; controle oral. Dos 40 itens, 14 não apresentaram peso em nenhum desses três fatores e foram eliminados, originando uma nova escala de 26 itens que foi denominado EAT-26. O teste permaneceu no formato de uma escala de Likert, seguindo o modelo apresentado no EAT anterior, que passou a ser chamado de EAT-40. O ponto de corte

determinado para identificar indivíduos com sintomas de anorexia nervosa corresponde a 21 pontos totais (GARNER et al., 1982).

Neste mesmo estudo, o EAT-26 foi submetido à análise de correlação entre EAT-26, EAT-40, fatores do EAT e características clínicas e psicométricas, dadas pelas outras escalas aplicadas. Os dois testes apresentaram relação significativa com as variáveis imagem corporal e traços de personalidade. A correlação entre os EATs sugere que o EAT-26 é altamente preditivo para anorexia nervosa como o EAT-40 ($r=0,98$). O EAT-26 manteve também uma correlação forte com as variáveis clínicas e psicométricas semelhante à escala original, indicando que os 14 itens eliminados são redundantes e não aumentam o poder preditivo do instrumento. De acordo com os autores, o EAT-26 é um instrumento válido e econômico para identificação dos sintomas de anorexia nervosa. Ressaltam ainda que em populações não clínicas, o teste é utilizado para identificar distúrbios ou alterações alimentares e como a maioria dos indivíduos que pontua alto no EAT não satisfaz os critérios diagnósticos para anorexia nervosa, eles têm sido classificados como sujeitos que manifestam padrão alimentar anormal, possível de interferir na função psicossocial (GARNER et al., 1982).

A fim de esclarecer o significado dos fatores criados na versão simplificada do EAT, Garner e seus colaboradores (1982) assim determinam: Fator I – Dieta: retratam uma recusa patológica de alimentos gordurosos e uma série de parâmetros da construção da imagem corporal que revelam preocupação e desejo para tornar-se magro; Fator II – Bulimia e preocupação com os alimentos: avalia comportamentos bulímicos e peso corporal “pesado”; Fator III – Controle oral: reflete o autocontrole sobre os alimentos e reconhecem a pressão do ambiente social para o ganho de peso. Os autores consideram que o fator Dieta e o fator Bulimia e preocupação com os alimentos possuem polaridades opostas, uma vez que o desejo de restrição alimentar é manifestado em todos os pacientes com anorexia nervosa, mas os comportamentos bulímicos são experimentados apenas no subtipo compulsão

periódica/purgação. Sugerem também que uma pontuação maior no fator II ou III pode indicar um prognóstico mais favorável para a anorexia nervosa. Ao contrário, o fator I por refletir grande insatisfação com a imagem corporal tem um peso maior e sua pontuação está altamente correlacionada com o total do EAT-26.

No Brasil, o primeiro estudo de tradução do EAT-26 foi desenvolvido por Nunes e colaboradores em 1994. Duas traduções independentes do teste foram realizadas por brasileiros e professores de língua inglesa. Estas traduções foram avaliadas por duas pessoas bilíngües, de língua materna inglesa, as quais fizeram a retro-tradução. Os autores escolheram as melhores expressões para o uso no idioma português a partir das quatro versões elaboradas. Esta seleção constituiu a tradução final do EAT-26 que foi testada em adolescentes de 12 a 15 anos de escolas públicas, em Porto Alegre. Os autores questionaram os adolescentes sobre o entendimento e compreensão dos itens do teste e não havendo problemas, o grupo aceitou a tradução final do EAT-26 para o português como adequada. No Brasil, o questionário foi denominado Teste de Atitudes Alimentares, mas também é reconhecido pela sigla EAT-26 (NUNES et al., 1994).

Em 2003, o EAT-26 foi novamente traduzido para língua portuguesa e complementado por estudo de validação. A validação do teste ocorreu através da avaliação da confiabilidade do instrumento e consistência interna dos itens em uma amostra de adolescentes do sexo feminino, estudantes de duas escolas privadas de Ribeirão Preto (SP) na faixa etária de 12 a 19 anos. O EAT-26 foi traduzido para o português por três profissionais com domínio na língua inglesa que trabalhavam em equipe multiprofissional de transtornos alimentares. As traduções foram confrontadas e obteve-se a versão final, procedendo-se a retro-tradução por um profissional bilíngüe com experiência na área da saúde. O EAT-26 original e a versão retro-traduzida foram julgadas por um americano familiarizado com a temática, o qual aprovou a versão. A análise de confiabilidade e consistência interna do EAT-

26 apresentou valor de Alfa de Cronbach igual a 0,82, considerado um critério de validação muito satisfatório. Na análise fatorial os resultados também são positivos, pois apenas 8 itens não permaneceram nos fatores originais (BIGHETTI, 2003).

A avaliação do nível de confiabilidade do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) é apresentada também por Magalhães e Mendonça (2005) em um estudo realizado em 2003 com alunas recém ingressas de uma universidade pública do Rio de Janeiro (n=60). A confiabilidade teste-reteste foi investigada por meio do Coeficiente Kappa simples. 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%. Estes resultados indicam o bom desempenho do EAT-26 quanto seus escores gerais. Os autores também ressaltam que o instrumento apesar de extenso, apresenta clareza de linguagem e compreensão dos itens para a população estudada, o que pode ter contribuído para a produção de respostas consistentes.

Instrumentos que avaliam a imagem corporal também devem ser empregados nos estudos sobre transtornos alimentares, associados aos testes que investigam as características psicopatológicas específicas do transtorno. O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) é um teste auto-aplicável que avalia a preocupação com a imagem corporal. Para elaborar o questionário, Cooper e colaboradores (1987) entrevistaram 28 mulheres (pacientes de transtornos alimentares e sujeitos normais) estimulando-as a descreverem o que acontecia quando se sentiam gordas, destacando as circunstâncias que promoviam este sentimento e as conseqüências comportamentais e emocionais experimentadas. O conteúdo das informações coletadas originou as 51 questões que compuseram o questionário inicial, em formato de escala de Likert de seis pontos, em seis categorias de resposta (sempre, muito freqüente, freqüente, algumas vezes, raramente, nunca). O BSQ foi aplicado a uma amostra formada por grupos de pacientes com bulimia e mulheres normais para transtornos alimentares. Pelo

resultado dos testes estatísticos de correlação e associação, o questionário foi reduzido a 34 questões, tornando-se conhecido por BSQ-34. A nova versão foi mantida no mesmo formato da escala de Likert anterior, com pontos de corte indicando diferentes graus de preocupação com a imagem corporal (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Pontos de corte da pontuação total do BSQ-34 conforme categorias de preocupação com a imagem corporal.

Pontos de corte	Significado
0 – 80 pontos	<i>ausência</i> de preocupação com a imagem corporal
81 – 110 pontos	<i>leve</i> preocupação com a imagem corporal
111 – 140 pontos	<i>moderada</i> preocupação com a imagem corporal
141 – 204 pontos	<i>grave</i> preocupação com a imagem corporal

Fonte: COOPER et al. (1987)

Na primeira avaliação de validade, o BSQ-34 foi correlacionado com a subescala de Insatisfação Corporal do *Eating Disorder Inventory* (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. A validade discriminante demonstrou também ser satisfatória. Na amostra comunitária de mulheres que se declaravam preocupada com o peso e a imagem corporal, os escores do BSQ-34 eram significativamente mais altos que os escores de mulheres sem estas preocupações. Prováveis casos de mulheres com bulimia nervosa em comunidade também diferiram significativamente das mulheres que não eram casos de bulimia no que diz respeito aos escores do BSQ-34. Os autores concluíram que o BSQ-34 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).

Rosen e colaboradores (1996) avaliaram outras características psicométricas do BSQ-34. Foi calculado o teste-reteste de confiabilidade, cujos autores referem ser útil no cálculo de um intervalo de confiança para avaliação de mudanças clínicas significativas. O

coeficiente de confiabilidade obtido foi 0,88 com $p < 0,001$. O coeficiente de confiabilidade foi significativo ($p < 0,01$) para todos os 34 itens do teste. O BSQ-34 demonstrou também uma boa validade simultânea tanto para amostras clínicas como não clínicas, quando comparado ao Mutidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) e Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). Os autores concluíram que o teste é confiável e válido para avaliar a imagem corporal.

Existe uma versão do BSQ-34 traduzida para o português, com aplicação exclusivamente destinada ao sexo feminino (CORDÁS, 2000). No Brasil, esta versão foi denominada Questionário de Imagem Corporal – versão traduzida para mulheres, sendo também reconhecido pela sigla BSQ-34. Manetta (2002) testou a validade interna, dimensionalidade e desempenho do BSQ-34 em uma população de estudantes universitários. Segundo a autora, a versão após ser traduzida para língua portuguesa manteve as características da escala original.

Os métodos de avaliação dos transtornos alimentares constituídos por instrumentos auto-aplicáveis, como o EAT-26, elaborado especialmente para anorexia nervosa, e o BSQ-34 para avaliação das atitudes relacionadas à imagem corporal, apesar de serem econômicos e úteis para a identificação da presença de sintomas, possuem algumas limitações. O EAT-26 não pode substituir a entrevista clínica para obter um diagnóstico definitivo de anorexia nervosa e, sobretudo, apresenta baixo valor preditivo na população em geral (ou seja, em amostras não-clínicas). Alguns autores consideram ainda que as questões deste instrumento possam ter uma linguagem pouco clara e compreensível para crianças da terceira e quarta série do ensino fundamental. Com relação ao BSQ-34, suas medidas psicométricas são promissoras para pacientes com transtornos alimentares, mas teste é bastante extenso, sobretudo quando aplicado junto a outros instrumentos (CORDÁS; NEVES, 2002; MALONEY et al., 1989; OHZEKI et al., 1993; SAMPEI, 2001).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar as prevalências de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes femininas de instituições do ensino fundamental e ensino médio do município de Florianópolis, SC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa nas adolescentes por meio do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26);
- Determinar a prevalência de insatisfação com a imagem corporal nas adolescentes por meio do Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34);
- Avaliar o estado nutricional das adolescentes segundo o Índice de Massa Corporal (IMC);
- Identificar a presença e a idade da menarca das adolescentes;
- Identificar o perfil socioeconômico das adolescentes por meio da renda familiar mensal, renda per capita mensal e escolaridade dos pais;

- Analisar as possíveis associações entre prevalência de sintomas de anorexia nervosa e idade da adolescente, estado nutricional, menarca e satisfação com a imagem corporal;
- Comparar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa entre adolescentes das redes pública e particular de ensino;
- Comparar a prevalência de sintomas de anorexia nervosa entre adolescentes de diferentes perfis socioeconômicos;
- Identificar a influência das variáveis idade da adolescente, menarca, estado nutricional, rede de ensino e satisfação com a imagem corporal como fatores predisponentes para presença de sintomas de anorexia nervosa por meio de modelo de regressão logística.

4 MÉTODO

4.1 ÂMBITO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Florianópolis, Santa Catarina, envolvendo adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos, que freqüentavam instituições públicas e privadas de ensino fundamental (4^a a 8^a série) e médio, durante o período de 08 de março a 08 de julho de 2005.

4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo caracterizou-se como uma investigação de base populacional, com delineamento transversal.

4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL

4.3.1 População de estudo e tamanho da amostra

A população ou universo da investigação constituiu 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. Com base no censo escolar de 2003, realizado pelo setor de estatística da Secretaria de Estado da Educação e Inovação/SC, esta população era na ordem de 24.661 adolescentes femininas 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%) (**Apêndice A**).

Foi considerada a distribuição das escolas segundo regiões sócio-geográficas do município como um critério de estratificação da amostra. Sendo assim, as escolas foram estratificadas de dois modos, 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 sintomas de anorexia nervosa de 20%, com 95% de confiança e 4% de erro amostral, obtendo-se, desta maneira, uma amostra de 770 adolescentes. Realizando-se a estratificação da amostra por inserção das escolas nas regiões sócio-geográficas do município e vinculação administrativa (pública e particular), o tamanho da amostra mínima calculado foi de aproximadamente 1.100

adolescentes. Este 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. Realizou-se, primeiro, 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 alunas¹, 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

¹ Esse efeito ‘número reduzido de alunas’ foi considerado para escolas com número de alunas igual ou inferior ao primeiro quartil da distribuição regional de matrículas por tipo de vinculação administrativa (pública ou privada), conforme demonstrado a seguir. Escolas públicas na região norte (106); escolas públicas na região sul (97); escolas públicas e particulares na região centro (86 e 46, respectivamente); escolas públicas e particulares na região continente (116 e 22, respectivamente). Este procedimento não foi aplicado para as escolas particulares das regiões norte e sul devido ao número de unidades ser o mínimo previsto para representação do estrato.

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 à antropometria e as demais 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 quarenta e quatro adolescentes menores de 10 anos de idade, uma aluna maior de 19 anos de idade, uma adolescente que não informou corretamente o ano de nascimento, cinco adolescentes que não participaram da antropometria e vinte adolescentes 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 (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Distribuição da amostra final por regiões sócio-geográficas, tipo de ensino e vinculação administrativa das escolas que participaram da pesquisa “Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas de Florianópolis, SC” realizada em 2005.

Regiões	Ensino Fundamental		Ensino Médio		TOTAL	
	Público	Particular	Público	Particular	n	%
Sul	68	57	42	-	167	(14,5%)
Norte	98	34	45	-	177	(15,4%)
Centro	132	138	171	112	553	(48,2%)
Continente	81	64	67	39	251	(21,9%)
Subtotal	379	293	325	151		
TOTAL		672		476	1.148	(100%)

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.

4.4 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 em duas partes: a) 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 anorexia nervosa (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; b) parte prática: apresentação dos instrumentos antropométricos e padronização da mensuração dos dados de peso e estatura das adolescentes. Os membros da equipe foram agrupados em duplas e solicitou-se que as mesmas mensurassem seu peso e altura utilizando a balança e o antropômetro nos modelos disponíveis para a coleta de dados da pesquisa.

4.5 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 4 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.

As adolescentes que participaram do teste piloto completaram todas as partes do questionário e tiveram a estatura e o peso mensurados pela equipe de pesquisa.

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; seqüência 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.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada durante o período de 08 de março a 08 de julho de 2005. As atividades desta etapa foram desenvolvidas 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, a pesquisadora principal fez o convite às adolescentes para a participação na pesquisa e entregou 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. Neste momento, foram explicados os objetivos da investigação, a forma de seleção das alunas, o local e as atividades a serem desenvolvidas, o compromisso com o sigilo das informações cedidas e a importância da devolução do TCLE e do inquérito socioeconômico preenchido e assinado pelos pais ou responsável. Por último, ressaltava-se a data marcada para a da coleta de dados na escola.

Foi desenvolvido um questionário para registro das informações coletadas, considerando dados de identificação da escola e da aluna, especialmente a identificação de sintomas de anorexia nervosa e satisfação com a imagem corporal e medidas antropométricas (**Apêndice C**). Junto ao TCLE foi anexado um inquérito demográfico e socioeconômico com preenchimento direcionado aos pais ou responsável a fim de obter informações mais qualificadas, visto a idade das adolescentes investigadas (**Apêndice D**).

A coleta de dados com cada grupo de adolescentes iniciou com a explicação geral das atividades a serem desenvolvidas, com destaque para a seriedade do trabalho, a importância da veracidade das respostas oferecidas e a garantia do anonimato das informações cedidas. A forma de preenchimento do questionário foi explicada em quatro partes, adotando-se a mesma divisão do instrumento, sempre antes do início de cada etapa. Para o preenchimento dos testes EAT-26 e BSQ-34, buscaram-se, junto as adolescentes, diferenciar as categorias de respostas disponíveis nos testes. A equipe de pesquisa esteve presente durante o desenvolvimento de todas as atividades, questionando as adolescentes sobre as possíveis dúvidas e elucidando as existentes.

A dinâmica da coleta de dados foi padrão para todos os grupos de adolescentes, em todas as escolas investigadas, diferenciando-se apenas para os grupos formados por alunas da 4ª série e eventualmente também por alunas da 5ª série do ensino fundamental. Estes grupos, em virtude da faixa etária, apresentavam mais dificuldades para o desenvolvimento das atividades propostas. Reconhecendo a necessidade de um monitoramento mais eficaz nesta faixa etária, o preenchimento do questionário foi realizado em conjunto, exceto para as medidas antropométricas. Ou seja, em cada questão havia uma pausa para a leitura individual das alunas, seguida da explicação da equipe de pesquisa quando necessário e posteriormente a solicitação da resposta individualizada.

4.6.1 Variáveis demográficas e socioeconômicas

As variáveis nomes da escola e da adolescente, data da coleta de dados, data de nascimento, menarca e data da menarca foram obtidas diretamente das adolescentes e registradas no questionário (Parte 1) (**Apêndice C**). Quando a adolescente apresentava dificuldade para informar a data de nascimento, o dado era obtido da listagem dos alunos por turma fornecida pela escola ou nos registros da secretaria escolar. Com relação à data da menarca foi solicitado para as adolescentes recordem a data mais precisa do acontecimento da menarca. Quando não foi possível, solicitou-se que elas informassem o mês ou a estação do ano mais próxima a menarca.

No inquérito demográfico e socioeconômico enviado aos pais ou responsável junto ao termo de consentimento livre e esclarecido foram registrados data de nascimento paterna e materna, escolaridade paterna e materna em anos de estudos completos e renda familiar mensal aproximada em Reais e o número de pessoas dependentes da renda informada (**Apêndice D**).

4.6.2 Sintomas de anorexia nervosa

A identificação dos sintomas de anorexia nervosa foi realizada através 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 pesquisa (**Apêndice C**).

Devido sua característica auto-aplicável, o EAT-26 foi preenchido pelas próprias adolescentes na presença da equipe de pesquisa para permitir o esclarecimento das dúvidas.

4.6.3 Imagem corporal

A imagem corporal foi investigada através 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 pesquisa (**Apêndice C**).

De acordo com sua característica auto-aplicável, o BSQ-34 foi preenchido pelas próprias adolescentes na presença da equipe de pesquisa para propiciar o esclarecimento das dúvidas. 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, bem como em sua versão original. Esta delimitação temporal teve por finalidade obter uma avaliação atual ou de um passado recente sobre a imagem corporal das adolescentes.

4.6.4 Antropometria

As medidas de peso e estatura das adolescentes tiveram por objetivo identificar o perfil nutricional da amostra e foram obtidas em única tomada, preferencialmente por um

membro da equipe de pesquisa específico para esta função. Os valores de peso e estatura foram registrados no questionário (Parte 4) (**Apêndice C**).

No dia da coleta de dados, as adolescentes foram orientadas a usar o uniforme da escola, como forma de padronização de roupas. De maneira geral, as escolas de Florianópolis possuem uniforme composto por calça de abrigo, camiseta de malha e jaqueta de abrigo. Contudo, considerando a extensão do período de coleta de dados e as modificações climáticas da época (março a julho), no momento das medidas antropométricas as adolescentes estavam usando somente as peças básicas do vestuário (camiseta e calça/bermuda), retirando os sapatos e roupas pesadas.

4.6.4.1 Peso

As medidas de peso foram mensuradas através de balança eletrônica da marca Marte, modelo PP, com capacidade para 180 quilos (Kg) e precisão de 100 gramas (g).

A verificação da medida seguiu o procedimento descrito por Petroski (1999): a adolescente na posição ortostática (em pé, na posição ereta, pés afastados na largura do quadril, com o peso dividido em ambos os pés, mantendo a cabeça no plano de Frankfurt, ombros descontraídos e braços soltos lateralmente), posicionada no centro da balança.

No momento da medida a adolescente estava sem sapatos, vestindo camiseta e calça de uniforme.

4.6.4.2 Estatura

As medidas de estatura foram obtidas através de antropômetro milimetrado da marca Altorexata. Este antropômetro portátil apresenta a vantagem da coluna milimétrica ser fixada em plataforma de metal plana formando ângulo de noventa graus e mantendo o ponto zero da escala no nível da plataforma.

Para a medida da estatura, a adolescente permaneceu em posição ortostática, pés descalços e unidos, mantendo os calcanhares e a região occipital em contato com a parte posterior da plataforma (PETROSKI, 1999). Solicitou-se também que a aluna deixasse os cabelos soltos (sem a utilização de acessórios) e inspirasse o ar, sendo a leitura da estatura realizada com o pulmão inflado (inspiração seguida de apnéia).

A estatura foi registrada em centímetros (cm), com até uma casa após a vírgula (milímetro). Os milímetros foram arredondados para cinco milímetros ou centímetro inteiro.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste estudo foram processados e analisados eletronicamente (por microcomputador), a partir da construção de banco de dados, para o qual foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 10.0 for Windows). Executou-se a entrada dos dados por dois operadores em arquivos separados (dupla entrada). Os arquivos foram então confrontados e as diferenças encontradas possibilitaram a correção dos dados.

A idade das adolescentes foi calculada em anos através de subtração dada por: data da coleta de dados menos data de nascimento. As faixas etárias foram determinadas a partir de agrupamento de idades, sendo apresentada da seguinte forma:

- 10 – 13 anos, correspondente à faixa entre 10 e 13,99 anos de idade;
- 14 – 15 anos, correspondente à faixa entre 14 e 15,99 anos de idade;
- 16 – 19 anos, correspondente à faixa entre 16 e 19,99 anos de idade.

Quanto à menarca, as adolescentes foram agrupadas em presença ou ausência da menarca. A idade da menarca, quando informada com menos precisão, dada pelo ano e a estação do ano que ocorreu, considerou-se para o cálculo a média dos meses que compunham a estação descrita. Quando a adolescente lembrava apenas do ano em que aconteceu a menarca, foi considerada a idade em anos completos mais seis meses. A idade da menarca foi utilizada apenas para caracterização geral da amostra.

O peso e a estatura das adolescentes foram empregados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), dado pela fórmula peso (kg) dividido pela altura (m) elevada ao quadrado. O IMC foi utilizado para a identificação do perfil nutricional das adolescentes da amostra. O diagnóstico dos diferentes estados nutricionais foi investigado a partir do critério recomendado pelo *Centers for Disease Control and Prevention / National Center for Health Statistics* (CDC/NCHS, 2002) que estabelece a classificação do estado nutricional de acordo com o percentil ocupado pelo valor do IMC para uma determinada idade (IMC / Idade). Os pontos de corte do índice IMC/Idade adotados neste estudo para o diagnóstico de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade encontram-se no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Pontos de corte em percentil do índice IMC/Idade para o diagnóstico nutricional em adolescentes.

Pontos de corte do índice IMC/Idade	Diagnóstico nutricional
< percentil 5	Baixo peso
≥ percentil 5 e ≤ percentil 85	Eutrofia
> percentil 85 e ≤ percentil 95	Sobrepeso
> percentil 95	Obesidade

Fonte: Adaptado de OMS (1995); MUST; DALLAL; DIETZ; (1991) e CDC/NCHS (2002).

O estado nutricional foi analisado nas categorias baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade de acordo com a vinculação administrativa das escolas freqüentadas pelas adolescentes: pública e particular.

As adolescentes com sintomas de anorexia nervosa foram identificadas através da pontuação total obtida no EAT-26. O teste é uma escala de Likert com três pontos e as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre zero e três, sendo a maior pontuação conferida a 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 (GARNER et al., 1982; NUNES et al., 1994). Dessa forma, o resultado do EAT-26 foi categorizado em EAT positivo (EAT+) para sintomas de anorexia nervosa e EAT negativo (EAT -) para ausência de sintomas de anorexia nervosa, como demonstra o **Quadro 3**.

A variável ‘sintomas de anorexia nervosa’ (variável dependente ou desfecho) foi analisada a partir de sua confrontação com as variáveis: idade da adolescente, menarca, estado nutricional, satisfação com a imagem corporal, vinculação administrativa das escolas freqüentadas (pública e particular), renda per capita mensal e escolaridade materna e escolaridade dos pais (paterna + materna).

Quadro 3 – Ponto de corte da pontuação total do EAT-26 conforme categorias de sintomas para anorexia nervosa.

Ponto de corte	Significado
≥ 21 pontos	EAT + (presença de sintomas de anorexia nervosa)
< 21 pontos	EAT - (assintomático para anorexia nervosa)

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

A avaliação da imagem corporal das adolescentes foi realizada através do BSQ-34. O teste é uma escala de Likert com seis pontos e as respostas fornecidas a cada questão pontuam entre um e seis, sendo a maior pontuação conferida à resposta extrema na direção da preocupação com a imagem corporal. O teste permite identificar diferentes graus de preocupação com a imagem corporal, especialmente no sentido de sentir-se com excesso de peso: ausência de preocupação (0-80 pontos); preocupação leve (81-110); preocupação moderada (111-140) e preocupação grave (141-204) (COOPER et al., 1987; CORDÁS, 2000). Nesta pesquisa, as adolescentes que somaram 111 pontos ou mais no BSQ-34 foram classificadas como insatisfeitas com a imagem corporal. Dessa maneira, 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 (**Quadro 4**).

A variável ‘satisfação com a imagem corporal’ foi analisada por vinculação administrativa das escolas frequentadas (pública e particular), além da sua confrontação com a variável dependente desta investigação.

Quadro 4 – Adaptação dos pontos de corte da pontuação total do 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).

As idades paterna e materna dos pais das adolescentes foram calculadas em anos através de subtração dada por: data da coleta de dados menos data de nascimento. Estas variáveis foram utilizadas apenas para caracterização geral da amostra.

A escolaridade dos pais, obtida em anos de estudos completos, foi analisada individualmente para escolaridade mãe ou em conjunto, através da somatória dos anos de escolaridade do pai e da mãe. A escolaridade materna foi categorizada a partir de agrupamento de anos de estudo da mãe, sendo apresentada da seguinte forma:

- 0 – 7 anos de estudo completos;
- 8 – 10 anos de estudo completos;
- 11 – 15 anos de estudo completos;
- ≥ 16 anos de estudo completos;

A escolaridade dos pais foi categorizada a partir de agrupamento da soma de anos de estudo do pai e da mãe, sendo apresentada da seguinte forma:

- 0 – 9 anos de estudo completos;
- 10 – 19 anos de estudo completos;
- 20 – 29 anos de estudo completos;
- ≥ 30 anos de estudo completos;

A escolaridade materna e a escolaridade dos pais (paterna + materna) foram confrontadas com a variável dependente deste estudo.

A renda familiar mensal líquida, coletada em valor absoluto (em Reais) foi utilizada apenas para caracterização geral da amostra. A renda per capita mensal foi obtida por divisão da renda familiar mensal líquida pelo número de pessoas da família dependentes do valor monetário informado na renda. A renda per capita mensal foi categorizada pelo agrupamento

de valores, visando uma distribuição de frequência semelhante em cada categoria criada, os quais foram posteriormente convertidos em salários mínimos (SM)². As categorias criadas foram:

- $\leq 170,99$ Reais, ou seja, $< 0,57$ SM;
- 171 – 350,99 Reais, ou seja, de 0,57 a $< 1,17$ SM;
- 351,00 – 700,99 Reais, ou seja, de 1,17 a $< 2,337$ SM;
- ≥ 701 Reais, ou seja, $\geq 2,337$ SM.

A renda per capita mensal foi analisada de acordo com sintomas de anorexia nervosa (variável dependente).

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os cálculos estatísticos foram realizados com o apoio do programa *Statacorp Stata Statistical Software* (STATA 9.0).

As variáveis idade da adolescente em anos, idade da menarca em anos; peso (kg) e estatura (cm) e IMC (kg/m^2); idade paterna e materna em anos; escolaridade materna e paterna em anos de estudo completo; renda familiar mensal e renda per capita mensal em valor bruto na moeda Real; e número de pessoas na família foram descritos em média, mediana, desvio-padrão, valor máximo e valor mínimo a fim de caracterizar a amostra.

O teste Qui-quadrado de Pearson foi aplicado para verificar as possíveis associações e diferenças significativas entre os grupos de adolescentes formados pela variável ‘sintomas de anorexia nervosa’, segundo faixa etária, menarca, estado nutricional, satisfação com a

² Salário mínimo oficial em fevereiro de 2006 = 300,00 Reais

imagem corporal, vinculação administrativa das escolas freqüentadas (pública e privada), categorias de renda per capita mensal, de escolaridade materna e de escolaridade dos pais (paterna + materna).

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

Para descrever a relação entre as variáveis idade da adolescente, menarca, tipo de vinculação administrativa da escola freqüentada e satisfação com a imagem corporal (variáveis independentes) e a variável sintomas de anorexia nervosa (variável dependente dicotômica – EAT + e EAT-) utilizou-se a regressão logística múltipla, cujos resultados foram apresentados em *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95%.

O nível de significância adotado em todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo-se sua aprovação (**Anexo A**). Neste protocolo, entre outros documentos exigidos pelo referido comitê, foram previstos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para diretores de escolas (**Apêndice E**) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais das

adolescentes selecionadas (**Apêndice D**), os quais consistiam nos principais instrumentos para autorização da participação das estudantes selecionadas no estudo.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Os valores das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e máximo) para as variáveis demográficas, antropométricas e socioeconômicas das adolescentes da amostra são apresentados na **tabela 2**. A média de idade das adolescentes investigadas neste estudo foi 14,08 anos, com desvio-padrão de 2,32. O menor valor para IMC encontrado na amostra foi de 12,95 kg/m² e o maior valor igual a 41,35 kg/m², com mediana de 19,32 kg/m². A mediana de escolaridade paterna e materna em anos de estudo completos equiparou-se a 11 anos. A mediana da renda per capita mensal foi de R\$ 333,33 com valores mínimo e máximo discrepantes, R\$ 26,00 e R\$ 4.150,00 respectivamente. Convertendo a renda per capita mensal em salário mínimo (SM), obtêm-se mediana, valores mínimo e máximo de aproximadamente 1,111 SM; 0,087 SM e 13,834 SM.

Tabela 2 – Distribuição dos valores de medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis demográficas, antropométricas e socioeconômicas das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) em 2005.

Variáveis	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Idade adolescente (anos)	1.148	14,08	2,32	14,06	10,01	19,38
Idade da menarca (anos)	824	12,40	1,24	12,33	9	16,83
Peso (kg)	1.148	49,08	11,41	48,55	20,30	120,90
Estatutura (cm)	1.148	156,68	9	158	122,50	179
IMC (kg/m ²)	1.148	19,80	3,46	19,32	12,95	41,35
Idade paterna (anos)	924	44,18	7,69	43,30	24,75	79,08
Idade materna (anos)	1.048	40,65	6,60	40,21	18,68	68,02
Escolaridade paterna (anos de estudo)	901	10,64	5,17	11,00	0	30
Escolaridade materna (anos de estudo)	1.050	10,30	4,85	11,00	0	30
Nº pessoas da família	1.101	4,34	1,35	4	2	15
Renda per capita mensal (R\$)	1.062	517,73	516,35	333,33	26,00	4.150,00
Renda familiar mensal (R\$)	1.078	2.055,61	2.004,25	1.400,00	200,00	17.000,00

As variáveis idade e escolaridades paterna e materna, número de pessoas da família e rendas familiar e per capita possuem diferentes números de adolescentes investigadas devido a adesão dos pais ou responsável ao inquérito demográfico e socioeconômico. O número total de inquéritos que retornaram com todos os dados paternos não informados foi 198 inquéritos; para a mãe, esse número foi 53 inquéritos. As adolescentes justificaram este fato devido: separação, divórcio ou ausência paterna e/ou materna na moradia; falecimento dos progenitores; estar sob a responsabilidade de outros familiares e, ainda, pelo esquecimento ou não aceite dos pais em informar os dados solicitados. Ressalta-se, também, que retornaram inquéritos com algumas questões preenchidas e outras em branco, contribuindo para a oscilação no número de adolescentes analisadas por variáveis socioeconômicas.

5.2 MENARCA E ESTADO NUTRICIONAL

A menarca, considerada indicador da maturação sexual feminina, foi observada em 71,9% (n = 825) das adolescentes investigadas no momento da pesquisa (**Tabela 3**). A idade mediana da menarca correspondeu a 12,33 anos, aproximadamente 12 anos e 4 meses de idade. Os valores de média, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo para idade da menarca encontram-se na **tabela 2**.

Tabela 3 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo menarca em 2005.

Menarca	n	%
Presença	825	71,9
Ausência	323	28,1
Total	1.148	100

A **tabela 4** apresenta a distribuição das prevalências de estado nutricional das adolescentes segundo a vinculação administrativa das escolas freqüentadas. Na amostra investigada, a prevalência de baixo peso foi 3,66% ($n = 42$), enquanto as de sobrepeso e obesidade foram, respectivamente, 9,4% ($n = 108$) e 4,35% ($n = 50$). Considerando a vinculação administrativa das escolas freqüentadas pelas adolescentes, observaram-se índices maiores na rede pública de ensino. Contudo, a diferença observada não é significativa, inexistindo associação entre rede de ensino e estado nutricional para todas as categorias analisadas ($p=0,315$).

Tabela 4 – Distribuição da prevalência de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo rede de ensino em 2005.

Estado nutricional	Pública		Particular		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	31	2,70	11	0,96	42	3,66
Eutrofia	576	50,17	372	32,40	948	82,58
Sobrepeso	64	5,57	44	3,83	108	9,40
Obesidade	33	2,87	17	1,48	50	4,36
Total	704	61,33	444	39,63	1.148	100

Pearson $\chi^2 = 3,543$ e $p = 0,315$; valores significativos para $p \leq 0,05$

5.3 SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA E SATISFAÇÃO COM IMAGEM CORPORAL

5.3.1 Sintomas de anorexia nervosa

Na amostra estudada, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa, investigado pelo teste EAT-26, foi 15,6% ($n=179$). A média da pontuação total do EAT-26 correspondeu

a 11,19 (\pm 9,03) pontos. A menor e a maior pontuações obtidas foram, respectivamente, zero e 55 pontos, com mediana de 9 pontos.

A **tabela 5** apresenta a distribuição das adolescentes segundo sintomas de anorexia nervosa e faixa etária. A maior prevalência dos sintomas encontra-se na faixa etária dos 10 aos 13 anos, 8,98% (103). O índice difere significativamente das demais categorias ($p=0,046$), assinalando associação entre presença de sintomas de anorexia nervosa e idade das adolescentes na amostra estuda.

Tabela 5 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e faixa etária em 2005.

Faixa etária	EAT –		EAT +		Total	
	n	%	n	%	n	%
10 – 13	460	40,06	103	8,98	563	49,04
14 – 15	248	21,60	36	3,14	284	24,74
16 – 19	261	22,74	40	3,48	301	26,22
Total	969	84,4	179	15,6	1.148	100

Pearson $\chi^2 = 6,173$ e $p = 0,046$; valores significativos para $p \leq 0,05$

Com relação à menarca, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa é maior para o grupo de adolescentes que teve a menarca até a data da pesquisa (10,54%, $n = 121$). Todavia, esta diferença não foi significativa e não houve associação entre presença de sintomas de anorexia nervosa e menarca para as adolescentes da amostra ($p=0,167$) (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e menarca em 2005.

Menarca	EAT –		EAT +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausência	265	23,08	58	5,06	323	28,14
Presença	704	61,32	121	10,54	825	71,86
Total	969	84,4	179	15,6	1.148	100

Pearson $\chi^2 = 1,909$ e $p = 0,167$; valores significativos para $p \leq 0,05$

A **tabela 7** apresenta a distribuição das adolescentes segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional. Nas adolescentes com baixo peso, a prevalência encontrada para sintomas de anorexia nervosa foi 0,17% ($n = 2$). A prevalência dos sintomas nas adolescentes com sobrepeso e obesidade foi 2,27% ($n = 26$) e 1,22% ($n = 14$), respectivamente. Houve associação entre sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional para adolescentes da amostra. Verificou-se que sobrepeso e obesidade estão associados à presença de sintomas de anorexia nervosa, da mesma forma que baixo peso está associado à ausência de sintomas ($p < 0,001$).

Tabela 7 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e estado nutricional em 2005.

Estado nutricional	EAT –		EAT +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baixo peso	40	3,48	2	0,17	42	3,65
Eutrofia	811	70,64	137	11,94	948	82,58
Sobrepeso	82	7,14	26	2,27	108	9,41
Obesidade	36	3,14	14	1,22	50	4,36
Total	969	84,4	179	15,6	1.148	100

Pearson $\chi^2 = 16,433$ e $p < 0,001$; valores significativos para $p \leq 0,05$

Conforme **tabela 8**, o grupo de adolescentes insatisfeito com a imagem corporal, condição investigada através do teste BSQ-34, apresenta significativamente maior prevalência de sintomas de anorexia nervosa (9,85%, $n = 113$) quando comparado ao grupo de adolescentes que apresenta satisfação com a imagem corporal (5,75%, $n = 66$). Observou-se, portanto, associação entre presença de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal ($p < 0,0001$).

Tabela 8 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e satisfação com imagem corporal em 2005.

Imagem corporal	EAT –		EAT +		Total	
	n	%	n	%	n	%
BSQ –	866	75,43	66	5,75	932	81,2
BSQ +	103	8,97	113	9,85	216	18,8
Total	969	84,4	179	15,6	1.148	100

Pearson $\chi^2 = 272,275$ e $p < 0,0001$; valores significativos para $p \leq 0,05$

Com relação ao tipo de vinculação administrativa das escolas freqüentadas pelas adolescentes da amostra, observou-se que a maior prevalência de sintomas de anorexia nervosa encontra-se no grupo que pertence à rede pública de ensino (10,63%, $n = 122$) quando comparado ao grupo que estuda na rede particular de ensino (4,97%, $n = 57$). Esta diferença foi considerada significativa, evidenciando associação entre presença de sintomas de anorexia nervosa e rede pública de ensino para as adolescentes da amostra ($p=0,041$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e rede de ensino em 2005.

Rede de ensino	EAT –		EAT +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pública	582	50,69	122	10,63	704	61,32
Particular	387	33,71	57	4,97	444	38,68
Total	969	84,4	179	15,6	1.148	100

Pearson $\chi^2 = 4,174$ e $p = 0,041$; valores significativos para $p \leq 0,05$

As prevalências de sintomas de anorexia nervosa distribuem-se de forma semelhante entre as categorias de renda per capita mensal das adolescentes estudadas na amostra. As maiores prevalências de sintomas de anorexia nervosa encontram-se nas categorias inferiores de renda. Contudo, não houve diferença significativa entre as categorias de renda, inexistindo

associação entre renda per capita mensal e presença de sintomas de anorexia nervosa para as adolescentes da amostra ($p=0,423$) (**Tabela 10**).

Tabela 10 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e renda per capita mensal em 2005.

Renda per capita mensal (R\$)*	EAT –		EAT +		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 – 170	213	20,06	49	4,60	262	24,66
171 – 350	238	22,42	44	4,14	282	26,56
351 – 700	219	20,63	36	3,38	255	24,01
≥ 701	226	21,29	37	3,48	263	24,77
Total	896	84,4	166	15,6	1.162	100

Pearson $\chi^2 = 2,804$ e $p = 0,423$; valores significativos para $p \leq 0,05$

* As categorias de renda per capita mensal convertidas em salário mínimo (SM), tendo como base o salário mínimo oficial em fevereiro de 2006 igual a R\$ 300,00, são as seguintes: < 0,57 SM; 0,57 a < 1,17 SM; 1,17 a < 2,337 SM; e $\geq 2,337$ SM.

As tabelas a seguir apresentam a distribuição das adolescentes segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade dos pais (paterna + materna) (**Tabela 11**) e escolaridade materna (**Tabela 12**). Com relação à escolaridade dos pais, a maior prevalência de sintomas de anorexia nervosa foi observada na categoria de 10 a 19 anos de estudos completos (5,8%, $n = 51$). Analisando somente a escolaridade materna, a maior prevalência de sintomas foi encontrada na categoria de 11 a 15 anos de estudos completos (6%, $n = 63$). Contudo, em ambas as formas de análise, não se observaram diferenças significativas nas prevalências de sintomas entre as categorias de escolaridade, demonstrando que na amostra investigada, não houve associação entre nível de escolaridade dos pais e presença de sintomas de anorexia nervosa ($p=0,456$ e $p=0,495$).

Tabela 11 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade dos pais (paterna + materna) em 2005.

Escolaridade dos pais	EAT –		EAT +		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 – 9	83	9,41	13	1,47	96	10,88
10 – 19	260	29,47	51	5,80	311	35,27
20 – 29	265	30,0	39	4,46	304	34,46
≥ 30	151	17,12	20	2,27	171	19,39
Total	759	86	123	14	882	100

Pearson $\chi^2 = 2,610$ e $p = 0,456$; valores significativos para $p \leq 0,05$

Tabela 12 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo sintomas de anorexia nervosa e escolaridade materna em 2005.

Escolaridade materna	n	EAT –		EAT +		Total	
		n	%	n	%	n	%
0 – 7	248	23,62	45	4,28	293	27,9	
8 – 10	177	16,90	32	3,01	209	19,91	
11 – 15	322	30,67	63	6,0	384	36,67	
≥ 16	145	13,81	18	1,71	164	15,52	
Total	892	85	158	15	1.150	100	

Pearson $\chi^2 = 2,394$ e $p = 0,495$; valores significativos para $p \leq 0,05$

5.3.2 Satisfação com a imagem corporal

A avaliação da imagem corporal, realizada através do teste BSQ-34, apontou prevalência de 18,8% ($n = 216$) de insatisfação com a imagem corporal entre as adolescentes investigadas. A média da pontuação total do BSQ-34 foi 80,24 ($\pm 32,12$) pontos. A menor e a maior pontuações obtidas foram, respectivamente, 34 e 188 pontos, com mediana de 74 pontos.

Verificou-se associação entre insatisfação com a imagem corporal e presença de sintomas de anorexia nervosa na amostra investigada ($p < 0,0001$), conforme demonstrado na **tabela 8**.

A análise de associação entre satisfação com a imagem corporal e tipo de vinculação administrativa das escolas freqüentadas pelas adolescentes é apresentada na **tabela 13**. Esta análise foi realizada na tentativa de justificar, por meio das variáveis estudadas nesta pesquisa, a associação entre presença de sintomas de anorexia nervosa e rede pública de ensino. Observou-se maior prevalência de insatisfação com a imagem corporal e rede pública de ensino (11,5%, n = 132). Contudo, a diferença não foi significativa, apontando inexistência de associação entre insatisfação com a imagem corporal e rede de ensino na amostra de adolescentes estudada ($p=0,943$). Ressalta-se, também, conforme já apresentado na **Tabela 4** que não houve associação entre estado nutricional e rede de ensino.

Tabela 13 – Distribuição das adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) segundo satisfação com imagem corporal e rede de ensino em 2005.

Rede de ensino	BSQ –		BSQ +		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pública	572	49,83	132	11,5	704	61,33
Particular	360	31,37	84	7,3	444	38,67
Total	932	81,2	216	18,8	1.148	100

Pearson $\chi^2 = 0,005$ e $p = 0,943$; valores significativos para $p \leq 0,05$

5.4 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANOREXIA NERVOSA

A análise de regressão logística múltipla forneceu uma avaliação dos fatores de risco das variáveis independentes (idade, satisfação com a imagem corporal, vinculação administrativa das escolas freqüentadas pela adolescente e menarca) sobre a presença de sintomas de anorexia nervosa (EAT +). Foram realizadas duas análises: um modelo logístico incluindo apenas as variáveis independentes citadas anteriormente e outro modelo incluindo

além destas variáveis, o estado nutricional. Apesar disso, apenas o primeiro modelo logístico (**Tabela 14**) foi considerado, pois a análise com estado nutricional não apresentou significância estatística. Isto pode ser justificado pela forte associação desta variável (estado nutricional) com aquelas já inclusas no modelo. Esta alta associação faz com que somente as variáveis de maior poder de explicação sobressaíam.

No modelo logístico, as variáveis idade da adolescente, satisfação com a imagem corporal e vinculação administrativa das escolas freqüentadas pelas adolescentes apresentaram associação significativa com a presença de sintomas de anorexia nervosa. O *odds ratio* (OR) indicou um risco aproximadamente 2,3 vezes maior das adolescentes na faixa etária de 10 a 13 anos de idade apresentar sintomas de anorexia nervosa ($p=0,002$). Sentir-se insatisfeito com a imagem corporal revelou ser a variável de maior risco para a manifestação dos sintomas de anorexia nervosa (OR = 16,7 e $p = 0,0000$). Com relação à vinculação administrativa das escolas freqüentadas, estudar na rede pública de ensino apresenta um risco (aproximado) na ordem de 1,8 vezes maior de apresentar sintomas de anorexia nervosa ($p = 0,004$).

Tabela 14 – Associação entre as variáveis dependentes e a presença de sintomas de anorexia nervosa (EAT+) segundo regressão logística múltipla para adolescentes do ensino fundamental e médio do município de Florianópolis (SC) em 2005.

		<i>Odds ratio</i>	<i>Intervalo de confiança</i>		<i>p</i>
Idade (anos)	10 – 13	2,345	1,355	4,059	0,002
	14 – 16 (basal)	1			
	17 – 18	1,185	0,678	2,071	0,552
Menarca	Ausência (basal)	1			
	Presença	0,947	0,579	1,548	0,827
Imagem corporal	BSQ – (basal)	1			
	BSQ +	16,730	1,137	2,462	0,0000
Rede de ensino	Particular (basal)	1			
	Pública	1,799	1,203	2,690	0,004

Teste Hosmer-Lemeshow goodness-in-fit = 0,4772; valores significativos para $p \leq 0,05$

6 DISCUSSÃO

O presente estudo baseou-se em uma amostra probabilística representativa para as adolescentes femininas do município de Florianópolis na faixa etária de 10 a 19 anos que freqüentavam instituições públicas e privadas de ensino fundamental (4^a a 8^a série) e médio, no ano de 2005. Embora o número de adolescentes inseridas na pesquisa seja expressivo, os resultados são representativos para a população de estudantes e não a população do município nesta faixa etária. As características desconhecidas das adolescentes que, à época da investigação, não estavam vinculadas ao ensino fundamental e médio poderiam modificar os resultados se elas tivessem participado da pesquisa. Dessa maneira, os resultados desta investigação podem ser extrapolados apenas para a população de adolescentes estudantes do sexo feminino do município de Florianópolis.

A idade mediana da menarca nesta pesquisa (12,3 anos) foi cerca de um ano inferior à encontrada na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) (13,2 anos), desenvolvida em 1989 com aproximadamente 7.087 mulheres entre 10 e 19 anos (DUARTE, 1993).

A idade mediana da menarca avaliada em 1.602 adolescentes escolares na faixa etária de 8 a 17 anos incompletos de uma comunidade rural no Sudeste do Brasil foi 12,5 anos. A idade mediana da menarca das adolescentes estudantes de Florianópolis observada nesta pesquisa é superior à idade da menarca na comunidade do Sudeste. Isto pode ser explicado pelas diferenças social e econômica das regiões. Sabe-se que meninas de nível socioeconômico mais elevado apresentam a menarca mais precocemente do que àquelas menos favorecidas, ainda que residentes no mesmo país (TAVARES et al., 2000; VITALLE et al., 2003).

Utilizando a média como valor de comparação, a idade da menarca observada no presente estudo ($12,4 \pm 1,24$ anos) encontra-se de acordo com dados nacionais de diversas

localidades, os quais variaram de 12,2 a 13,9 anos no período de 1973 a 1992. O valor obtido no estudo é semelhante também aos dados regionais, equiparando-se a idade média da menarca para a região litorânea de Santa Catarina em 1988 ($12,4 \pm 1,04$ anos) e distanciando-se ligeiramente da média obtida para adolescentes de Florianópolis em 1983 ($12,9 \pm 1,20$ anos). Contudo, ressalta-se que a comparação destes dados deve ser feita com desvelo, pois o tamanho das amostras nos estudos regionais é bastante reduzido, podendo resultar em valores significativamente diferentes para uma mesma região (DUARTE, 1993).

É esperado um decréscimo na idade da menarca de 0,25 a 0,33 ano por década, caracterizando o fenômeno denominado tendência secular, o qual está relacionado a melhorias na qualidade de vida da população (MARSHALL, 1977 apud CASTILHO; BARROS FILHO, 2000). Os resultados da PNSN e da investigação realizada em Florianópolis em 1983, quando comparados aos resultados do presente estudo não permitem verificar se houve redução na idade da menarca. Esta dificuldade está relacionada ao reduzido tamanho das amostras, como já mencionado anteriormente e a possibilidade da idade mediana da menarca na PNSN estar superestimada, pois as meninas que apresentaram a menarca antes dos 10 anos de idade ficaram excluídas da amostra.

Com relação ao estado nutricional, existe uma diversidade de indicadores e pontos de corte empregados no diagnóstico de adolescentes que requerem cautela na comparação entre estudos.

Adotando a definição de sobrepeso e obesidade proposta por Must, Dallal e Dietz (1991), similar à utilizada neste estudo, Abrantes, Lamounier e Colosismo (2002) demonstraram prevalência de sobrepeso igual a 9,3% e de obesidade igual a 3,0% para adolescentes do sexo feminino na faixa etária 10 a 19 anos nas Regiões Sudeste e Nordeste do Brasil em 1997. Considerando os sexos agrupados ($n = 3.943$ adolescentes), as prevalências de sobrepeso e obesidade foram significativamente superiores na Região Sudeste (10,4 e

1,7%, respectivamente) quando comparada à Região Nordeste (6,6% e 4,25, respectivamente). As prevalências de sobrepeso e obesidade obtidas para as adolescentes estudantes de Florianópolis no presente estudo (9,4% e 4,36%, respectivamente) são semelhantes às prevalências para o sexo feminino nas Regiões Nordeste e Sudeste há oito anos atrás, com pequena superioridade para a prevalência de obesidade em Florianópolis.

A prevalência de baixo peso no presente estudo (3,66%) é aproximadamente 1,8 vezes menor à prevalência no sexo feminino para Regiões Sudeste e Nordeste no ano de 1997 (6,5%) (WANG; MONTEIRO; POPKIN, 2002).

As prevalências de sobrepeso e obesidade observados nesta pesquisa são condizentes também com os resultados de estudos publicados em 2002, considerados com enfoque populacional na revisão de Lamounier e Abrantes (2003). O diagnóstico do excesso de peso nestes estudos foi realizado por meio do IMC. A prevalência de obesidade entre adolescentes do sexo feminino de 12 a 18 anos foi de 4,4% na cidade de Curitiba (amostragem domiciliar, n = 636). No Rio de Janeiro, em adolescentes da rede municipal de ensino (n=1.945), na faixa etária de 10 a 19 anos, as prevalências de sobrepeso e obesidade no sexo feminino foram 9,3% e 5,2%, respectivamente. Em Belo Horizonte, estudantes com idade compreendida entre 10 e 18 anos apresentaram prevalência de sobrepeso e obesidade, em ambos os sexos, iguais a 8,5% e 2,1% (n = 981, distribuídos em escolas públicas e particulares).

Em Florianópolis, estudo realizado por Salles, Kazapi e Di Pietro (2000), no período de julho de 1996 a julho de 1997, demonstrou prevalências superiores para sobrepeso e obesidade entre adolescentes quando comparado ao presente estudo. Considerando apenas adolescentes do sexo feminino (n = 313), as prevalências de sobrepeso e obesidade corresponderam, respectivamente, 18,2% e 7,7%. Considerando ambos os sexos (n = 621), adolescentes da rede pública apresentam maiores prevalências de sobrepeso e obesidade

(22,4% e 13,1%) quando comparados àqueles da rede particular de ensino (19,6% e 7,6%), apesar da diferença não ser significativa ($p = 0,053$).

A investigação de Salles e colaboradores e o presente estudo utilizaram o mesmo critério para o diagnóstico de sobrepeso e obesidade e analisam adolescentes em faixas etárias semelhantes (com dois anos a mais para o estudo atual). A diferença marcante entre as prevalências de sobrepeso e obesidade no sexo feminino nos dois estudos pode estar relacionada ao procedimento de estratificação da amostra, uma vez que no estudo de Salles e colaboradores a amostra foi constituída por adolescentes de duas escolas particulares (regiões centro e continente) e quatro escolas públicas (regiões centro, continente e norte), totalizando seis pontos de coleta no município. Uma segunda suposição à redução da prevalência de sobrepeso e obesidade diz respeito à diferença temporal que separa os dois estudos realizados em Florianópolis (1996-1997 a 2005).

Os resultados do presente estudo, semelhantes à maioria das pesquisas apresentadas, assinalam índices moderados de excesso de peso (em uma população de distribuição normal, espera-se até 15% de sobrepeso mais obesidade – p85°), que apesar de não alarmantes, requerem atenção específica para a saúde dos adolescentes.

Segundo Donato e colaboradores (2004), o estado de obesidade em adolescentes está relacionado a problemas ortopédicos, dislipidemia, hiperglicemia, aumento da pressão arterial, maior prevalência de bronquite e infecções das via aéreas superiores, hipoventilação noturna e apnéia do sono, esteatose hepática e colelitíase. No aspecto psicossocial, os adolescentes são impostos a rígidos padrões de beleza, uma vez que a imagem corporal é extremamente valorizada na cultura ocidental. A discriminação e o isolamento que os adolescentes são submetidos resultam em baixa auto-estima e uma série de alterações comportamentais.

Dessa forma, a adolescência é vista como um período sensível especialmente para o sexo feminino, devido às atitudes assumidas diante da percepção do próprio corpo. As adolescentes com sobrepeso freqüentemente apresentam conceitos negativos sobre a imagem corporal. Também é observada uma relação entre imagem corporal negativa e desordens psiquiátricas, como transtornos alimentares (BUDDEBERG-FISCHER; KLAGHOFER; REED, 1999; VEGGI et al., 2004).

A prevalência de sintomas de anorexia nervosa observada neste estudo por meio do EAT-26 foi 15,6%. Segundo Cordás e Neves (2002), o EAT indica um índice de gravidade para as preocupações de ganhar peso e as intenções de emagrecer característicos dos transtornos alimentares, sem, contudo, fornecer um diagnóstico clínico. Desta maneira, os resultados indicam a presença de sintomas alimentares, os quais podem sinalizar a gravidade do problema em uma população. Em estudos populacionais, verificou-se que a cada cem pontuadores altos nos escores do EAT, 19 eram casos de anorexia nervosa, identificados posteriormente por meio de entrevista clínica. Se aplicarmos esta proporção para o resultado do presente estudo, estima-se que cerca de 3% das adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio de Florianópolis teriam provável diagnóstico de transtorno alimentar. Todavia, para confirmar esta estimativa, seria necessária a aplicação de entrevistas clínicas com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV ou CID-10 por parte de uma equipe especializada, o que se constituiria em um outro estudo.

Observando os valores de prevalência de sintomas de anorexia nervosa obtidos em investigações que utilizaram o EAT-26 ou o EAT-40 como instrumento de identificação dos sintomas, verificam-se índices bastante diversificados, variando conforme as características da amostra como número, idade e grupo a que pertencem os indivíduos envolvidos. A comparação com outros estudos deve ser cautelosa, pois a maior parte das pesquisas foi baseada em amostra de estudantes de uma única instituição de ensino ou de um único tipo de

vinculação administrativa (público ou privado), sem grande variabilidade de fatores geográficos, demográficos e socioeconômicos.

Com relação aos estudos nacionais, Vilela e colaboradores (2004) identificaram 13,3% de sintomas de anorexia nervosa em escolares de 7 a 19 anos, ambos os sexos (n = 1.807), de escolas públicas localizadas no interior de Minas Gerais, com predomínio significativo do sexo feminino. Em amostra de adolescentes femininas de 15 a 18 anos (n = 279) de um colégio privado de São Paulo, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa encontrada foi 21,1% (DUNKER; PHILIPPI, 2003). Estudo pioneiro dessa temática em Florianópolis, realizado com estudantes universitárias do Curso de Graduação em Nutrição e outros desvinculados da área da saúde, na faixa etária de 19 a 25 anos (n = 221), apontou 22,2% de prevalência de sintomas de anorexia nervosa (FIATES; SALLES, 2001). Também com universitários (n = 326), ambos os sexos, estudantes de graduação dos cursos de Educação Física, Nutrição e Matemática de uma instituição particular de Belo Horizonte, com idade média de 24 anos, a prevalência dos sintomas foi 11,9% (LUZ, 2003). Em Porto Alegre, um estudo com amostragem domiciliar envolvendo mulheres com idade entre 19 e 25 anos (n = 513) indicou prevalência de sintomas de anorexia nervosa na ordem de 16,6% (NUNES et al., 2001).

A prevalência de sintomas de anorexia nervosa observada neste estudo está dentro da amplitude de índices apresentado nos estudos nacionais, nos quais foi empregado o EAT-26 para a identificação dos sintomas de anorexia nervosa. Considera-se que o estudo desenvolvido por Vilela e colaboradores (2004) seja aquele que mais se assemelha ao presente estudo. Caso a faixa etária de Vilela fosse reduzida, excluindo-se as idades menores de 10 anos, e também o sexo masculino, os quais contribuem para as menores pontuações no EAT, talvez a prevalência de sintomas de anorexia nervosa fosse igual ou até superior ao presente estudo desenvolvido em Florianópolis.

Com relação aos estudos internacionais (utilizando o EAT-26), Anstine e Grinenko (2000) observaram prevalência de sintomas de anorexia nervosa igual a 17% quando estudaram uma amostra de universitárias de 18 a 22 anos de idade (n = 402) na Flórida, Estados Unidos. Em universitárias do Curso de Graduação de Psicologia na faixa etária de 17 a 24 anos (n = 333), em Saint Louis, Estados Unidos, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa encontrada no sexo feminino foi 20% (NELSON et al., 1999).

O instrumento empregado nas investigações internacionais citadas a seguir foi o EAT-40, teste que originou o EAT-26, os quais guardam uma forte correlação entre suas características clínicas e psicométricas (GARNER et al., 1982).

Neumärker e colaboradores (1998) investigaram grupos de adolescentes de escolas de balé e do ensino médio com idades entre 13 e 18 anos, de ambos os sexos, em Berlim, Alemanha. Considerando apenas o sexo feminino (n = 37 no grupo balé e n = 95 no ensino médio), a prevalência de sintomas de anorexia nervosa no grupo de estudantes de balé foi 21,6% e no grupo do ensino médio foi 7,4%. Em Sevilla, Espanha, estudantes de 12 a 15 anos de idade, ambos os sexos (n = 764), apresentaram prevalência de sintomas de anorexia nervosa na ordem de 8,8%. Os autores relatam que a prevalência obtida no estudo é aproximadamente 3,3% mais baixa do que o encontrado em outras investigações (BENAVENTE et al., 2003). Estudo realizado por Ferrando e colaboradores (2002) com estudantes de 14 a 19 anos, de ambos os sexos (n = 955), na cidade de Girona, Espanha, obteve prevalência de sintomas de anorexia nervosa igual a 16,5%, sendo 16,3% apenas no sexo feminino.

Em comparação, as adolescentes estudantes de Florianópolis no presente estudo apresentam prevalência de sintomas de anorexia nervosa condizente com o índice observado nas estudantes de Girona, superior às de Servilla e Berlim, e inferior às universitárias dos Estados Unidos.

Em geral, durante a adolescência, segundo critério etário definido pela OMS (1995), a prevalência de sintomas de anorexia nervosa oscilou entre 7,4 a 21,1% nos estudos nacionais e internacionais (VILELA et al., 2004; DUNKER; PHILIPPI, 2003; NEUMÄRKER et al., 1998; BENAVENTE et al., 2003; FERRANDO et al., 2002). Conforme os autores relatam, prevalências na ordem de 8,8% ou inferiores são mais baixas que a média, indicando uma característica positiva da população estudada com relação aos transtornos alimentares. Por outro lado, prevalências maiores de 20% são bastante preocupantes (BENAVENTE et al., 2003; FIATES; SALLES, 2001). Dessa maneira, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa verificada no presente estudo encontra-se dentro do esperado.

No presente estudo, a presença de sintomas de anorexia nervosa foi mais prevalente na faixa etária dos 10 aos 13 anos (8,98%) sendo significativamente diferente das demais categorias de idade ($p=0,046$). As adolescentes que tiveram a menarca até o momento da pesquisa apresentaram maior prevalência de sintomas de anorexia nervosa, contudo, a diferença não foi significativa ($p=0,167$).

Conforme descrito na literatura, a faixa etária de maior incidência para anorexia nervosa é entre 13 e 20 anos (MARÍN, 2002). Segundo alguns autores, o início dos primeiros sintomas ocorre de forma bimodal: aos 13-14 anos e aos 17-18 anos (BUSSE; SILVA, 2004; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Estes relatos podem ser exemplificados por Hoek e Hoeken (2003), cujo estudo de revisão aponta que as maiores taxas de incidência da anorexia nervosa ocorrem entre as idades de 15 e 19 anos. Mitrany e colaboradores (1995) relatam que a maior taxa de incidência de anorexia nervosa em Israel no período de 1989 a 1993 deu-se aos 14 anos numa população com faixa etária 12 aos 18 anos.

Um estudo sobre ingestão alimentar e mudanças nas atitudes alimentares que ocorrem durante a puberdade verificou que o grupo de meninas pré-puberal apresentou conceito mais saudável sobre sua imagem corporal e restringiu menos a alimentação quando

comparadas ao grupo pós-puberal. Segundo aos autores, os índices de restrição alimentar mudam após a puberdade, os quais foram bem observados aos 15 anos de idade (CASTRO; GOLDSTEIN, 1995).

Com base nestas descrições, poder-se-ia concluir que os resultados do presente estudo, ao apresentarem associação entre presença de sintomas de anorexia nervosa e faixa etária dos 10 aos 13 anos, discordam ligeiramente do descrito na literatura, pois era esperado que as adolescentes mais velhas apresentassem os maiores índices.

Todavia, há relatos de prevalência de sintomas de anorexia nervosa entre escolares da 3ª a 6ª série do ensino fundamental (idade média de 9,7 anos), de ambos os sexos ($n = 318$) na ordem de 6,9% e de 8,8% apenas no sexo feminino, com base no EAT-26. Entre as meninas, 55% desejavam ser mais magras e 41% já tinham experimentado perder peso. Na análise de regressão logística, as mais altas pontuações no EAT foram associadas às séries mais novas ($p=0,001$). Segundos os autores, estes resultados indicam que as preocupações das adolescentes com dieta para perda de peso podem iniciar nas primeiras séries do ensino fundamental, pois os conceitos negativos relacionados à imagem corporal antecedem o início da adolescência (MALONEY et al., 1989).

Não obstante, em São Paulo, Sampei (2001) observou que a prevalência de sintomas de anorexia nervosa, obtida por meio do EAT-26, no grupo de adolescentes de ascendência caucasiana ($n = 356$) sem menarca e com menarca foi 26,7% e 19,4%, respectivamente, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0,106$). Quando a diferença entre os grupos foi testada por meio dos valores da pontuação média do EAT ($14,5 \pm 9,5$ versus $11,9 \pm 9,3$, respectivamente), a diferença foi significativa ($p=0,004$). Segundo a autora, estes achados sugerem que a preocupação com a imagem corporal têm se iniciado em etapas precoces da adolescência.

Dessa forma, os resultados obtidos no presente estudo com relação à idade de maior manifestação dos sintomas de anorexia nervosa permitem formular duas suposições. Primeiro, como a identificação da presença dos sintomas de anorexia nervosa não garante o diagnóstico positivo, pode-se supor que as adolescentes estudantes do ensino fundamental de Florianópolis na faixa etária dos 10 aos 13 anos estão numa fase de exposição aos fatores de risco para o desenvolvimento desse transtorno, marcada pela presença de preocupação com a imagem corporal e atitudes para redução de peso, atualmente mais comum desde o final da infância e início da adolescência. Segundo, pode-se supor que os resultados sejam reflexos de uma tendência precoce do desenvolvimento de anorexia nervosa nos últimos anos, corroborando com Becker e colaboradores (1999) que menciona o aumento no número de casos em idades mais novas. Todavia, para confirmar uma das hipóteses seria necessária a avaliação das adolescentes com entrevistas clínicas por profissionais especializados, a fim de verificar a existência de verdadeiros casos de anorexia nervosa.

O desenvolvimento de anorexia nervosa por meninas em idade precoce, antes da menarca, é manifestado por um ganho de peso insuficiente para a idade, caracterizando uma desnutrição sem necessariamente apresentar aspecto de grave emagrecimento como ocorre nas idades mais avançadas. Com o agravamento da doença, é observada uma parada no crescimento estatural. Após intervenção nutricional, as meninas manifestam uma fase de crescimento acelerado, mas a maioria não alcança seu potencial genético para estatura segundo estudo de Lantzouni e colaboradores (2002) (período de acompanhamento: um ano após a data da menarca).

Diante do exposto, são necessários novos estudos que investiguem a etiologia da anorexia nervosa, a fim de promover medidas de prevenção e intervenção em idades mais precoces, como no final da infância.

Com relação ao nível socioeconômico, observou-se no presente estudo que a presença de sintomas de anorexia nervosa não foi associada à renda per capita ($p=0,423$) e à escolaridade dos pais (paterna + materna) ($p=0,456$). A escolaridade materna foi analisada em separado devido a grande importância da relação mãe-filha no desenvolvimento dos transtornos alimentares. Porém, também não esteve associada à presença dos sintomas de anorexia nervosa ($p=0,495$).

Existe um contra-senso na literatura quanto ao papel dos fatores socioeconômicos nos transtornos alimentares. Alguns autores relatam estudos os quais apontam maiores índices de anorexia nervosa entre mulheres de nível socioeconômico médio ou alto (MARÍN, 2002; BUSSE; SILVA, 2004). Uma investigação com estudantes femininas do ensino médio, de origem latina (cubanas, mexicanas e porto-riquenhas), porém residentes nos Estados Unidos, na faixa etária de 11 a 20 anos ($n = 1.866$), encontrou associação significativa entre sintomas de transtorno alimentar e nível de escolaridade dos pais. Os dados dessa pesquisa foram coletados entre 1994 e 1995 (GRANILLO; JONES-RODRIGUEZ; CARVAJAL, 2005).

Por outro lado, há autores que indicam uma distribuição socioeconômica dos transtornos alimentares mais ampla nos últimos anos, ocorrendo em todas as classes, contudo, mais prevalente nas sociedades industrializadas. Supostamente a associação com classes econômicas mais privilegiadas poderia refletir um viés dos primeiros estudos epidemiológicos baseados em registros hospitalares, cuja população atendida pertencia de fato a estas classes (HAY, 2002; BECKER et al., 1999; FLEITLICH et al., 2000). De acordo com a experiência do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (Ambulim) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, organização pioneira no tratamento e estudo de transtornos alimentares no Brasil, os pacientes atendidos pertencem a todas as classes sociais (CORDÁS; SALZANO; RIOS, 2004).

O grau de urbanização de uma região pode influenciar o desenvolvimento dos transtornos alimentares, sem necessariamente estar associado ao nível socioeconômico da população (FAVORO; FERRARA; SANTONASTASO, 2003).

Todavia, questiona-se também se as regiões menos urbanizadas e industrializadas conseguem conter a influência da globalização na divulgação dos ideais de beleza relacionados ao corpo. Neste sentido, a mídia, principalmente televisiva, tem sido apontada como grande propagadora destes ideais. Um estudo realizado com adolescentes de ambos os sexos, residentes das Ilhas Fidji, em duplo estágio: 1995 (quando a televisão havia sido introduzida na área há um mês) e 1998 (após três anos da introdução da televisão) observou, por meio do EAT-26, que a prevalência de sintomas de anorexia nervosa aumentou de 12,7% para 29,2% no período compreendido entre as duas investigações. No segundo estágio, entrevistas qualitativas revelaram que 77% dos adolescentes consideraram que a televisão havia influenciado sua imagem corporal. Segundo os autores, o estudo demonstrou aumento significativo na pontuação do teste EAT e na prática de vômitos auto-induzidos com objetivo da redução de peso entre as adolescentes femininas. Estas diferenças foram relacionadas ao número de televisores nos lares e a exposição prolongada da comunidade à televisão (BECKER et al., 2002). Neste sentido, Verri e colaboradores (1997) considera apropriado o controle das mensagens propagadas pela mídia, em particular a televisão.

Com relação à prevalência de sintomas de anorexia nervosa e tipo de vinculação administrativa das escolas freqüentadas pelas adolescentes, o presente estudo mostrou índice significativamente maior para as adolescentes das escolas públicas (10,63%) quando comparada as adolescentes das escolas privadas (4,97%) ($p=0,041$). Buscou-se identificar, por meio das variáveis coletadas neste estudo, uma justificativa para tal associação. Todavia, não foi verificada associação entre rede de ensino e estado nutricional ($p=0,315$), assim como rede de ensino e satisfação com a imagem corporal ($p=0,943$), situações que facilmente poderiam

explicar tais achados. A relação entre rede pública de ensino e sintomas de anorexia nervosa também não passa pelo nível socioeconômico, pois como discutido anteriormente, as variáveis renda per capita e escolaridade dos pais não se mostraram associadas aos sintomas de anorexia nervosa.

Estes resultados indicam que características específicas das escolas da rede pública do ensino fundamental e médio no município de Florianópolis atuam sobre as adolescentes como fatores de risco para a presença de sintomas de anorexia nervosa, conforme demonstrado na análise de regressão logística múltipla (OR=1,799, IC75%=1,20-2,69 e $p=0,004$).

Contudo, ainda que as características responsáveis por esta associação no presente estudo não puderam ser identificadas, percebe-se na literatura situações semelhantes. Adolescentes femininas de 14 -18 anos freqüentadoras da rede pública de ensino na cidade de Cadiz, Espanha, também tinham significativamente as maiores prevalências para comportamentos relacionados a transtornos alimentares, tanto para anorexia nervosa como para bulimia nervosa (RODRÍGUEZ et al., 2001). A prevalência de sintomas de anorexia nervosa na ordem de 13,3% na investigação de Vilela (2004), cuja amostra foi constituída somente por escolares da rede pública reforça a idéia da presença de importantes fatores de risco nesse tipo de escola.

No presente estudo, a presença de sintomas de anorexia nervosa mostrou-se associada aos estados de sobrepeso e obesidade ($p<0,001$), corroborando com o resultado encontrado por Dunker e Philippi (2004), as quais também apontaram uma associação significativa dos estados de sobrepeso e obesidade (analisados em conjunto) à presença dos sintomas de anorexia nervosa em adolescentes do sexo feminino.

Sampei (2001) observou que as adolescentes de ascendência caucasiana sem menarca com estado nutricional de obesidade diferiam significativamente das adolescentes

com sobrepeso, eutrofia ou desnutrição quanto à prevalência de sintomas de anorexia nervosa ($p=0,007$). Para as adolescentes com menarca, o estado de sobrepeso diferiu significativamente das demais categorias nutricionais ($p=0,002$). O risco (OR) das adolescentes obesas apresentarem sintomas de anorexia nervosa, investigado pelo EAT-26, foi 3,63 maior que as adolescentes eutróficas; da mesma forma, as adolescentes com sobrepeso apresentam risco de 2,17.

Um estudo realizado com adolescentes de ambos os sexos ($n = 1.101$), idade média de 16 anos, em Nova Iorque, Estados Unidos, comparou a pontuação total obtida no EAT-26 segundo estado nutricional. As pontuações médias de indivíduos obesos, eutróficos e baixo peso foram, respectivamente, 11 pontos, 9 pontos e 7 pontos, sendo significativamente diferentes, indicando que os adolescentes com obesidade têm maior número de atitudes alimentares anormais do que àqueles eutróficos ou de baixo peso (PASTORE; FISHER; FRIEDMAN, 1996).

Os resultados destes estudos sugerem que o excesso de peso assume um papel preponderante no desenvolvimento dos sintomas de anorexia nervosa. Boschi e colaboradores (2003) verificaram correlação entre as variáveis antropométricas peso, circunferências da cintura e quadril, espessuras das pregas cutâneas e IMC com o estado de insatisfação com a imagem corporal entre adolescentes femininas ($n = 156$), em Nápoles, Itália. Contudo, somente o peso corporal correlacionou com comportamentos para a redução de peso, pois segundo os autores esta medida pode ser facilmente obtida e é culturalmente praticada pelas adolescentes.

Segundo Devlin e Zhu (2001), a prevalência de comportamentos patológicos visando à perda de peso tem aumentado como consequência da insatisfação com o corpo. Aproximadamente de 35% das pessoas que fazem dieta nos Estados Unidos envolvem-se em

alguma patologia e um quarto progride para transtornos alimentares, com síndromes parciais ou completas.

No presente estudo, a presença de sintomas de anorexia nervosa foi significativamente associada à insatisfação com a imagem corporal ($p=0,0001$), ilustrando claramente que a insatisfação com o corpo também desempenha um importante papel na manifestação dos sintomas de anorexia nervosa pelas adolescentes estudantes de Florianópolis. A prevalência de insatisfação com a imagem corporal observada por meio do BSQ-34 foi 18,8%.

Utilizando o mesmo instrumento, Luz (2003) observou prevalência de insatisfação com a imagem corporal na ordem de 15,3% entre os universitários de Belo Horizonte, Brasil.

Em outros países, como a Espanha, as adolescentes do sexo feminino apresentaram 22,1% de insatisfação com a imagem corporal, investigada por meio do BSQ-34. (FERRANDO et al. 2002). Cooper e Goodyer (1997) apontam que a insatisfação com a imagem corporal aumenta com a idade em adolescentes femininas ($n = 1.063$) de Cambridge, Ilhas Britânicas. A pontuação média do BSQ na faixa etária de 11 a 12 anos foi 27,3 ($\pm 0,8$) pontos, entre 13 a 14 anos foi 29,9 ($\pm 0,7$) pontos e entre 15 a 16 anos, 34,5 ($\pm 1,0$) pontos. As diferenças nas pontuações entre as duas primeiras faixas etárias e entre a segunda e terceira faixa etária foram significativas ($p < 0,0001$ e $p < 0,001$, respectivamente).

O índice de insatisfação com a imagem corporal diverge bastante entre os estudos. Contudo, é consenso na literatura a presença de índices elevados de insatisfação com o corpo durante a adolescência, especialmente no sexo feminino, tanto na dimensão emocional (insatisfação) como na dimensão perceptiva (superestimação) (FERRANDO et al., 2002).

A maioria dos adolescentes tem grande preocupação com a distribuição de gordura pelo corpo e considera-se com peso inadequado para altura, apesar de estarem com o IMC dentro dos limites de normalidade (RODRÍGUEZ et al., 2001).

A relação entre tamanho real do corpo e tamanho percebido é mais discrepante no sexo feminino. Durante a auto-avaliação do tamanho corporal, mulheres não obesas perceberam-se com silhuetas maiores sugestivas de algum grau de adiposidade, sinalizando uma insatisfação com o corpo revelada na superestimação da figura corporal. A superestimação freqüentemente está focalizada nas regiões da cintura, nádegas e coxas (ALMEIDA et al., 2005; BERGSTRÖM; STENLUND; SVEDJEÄLL, 2000).

Em casos de excesso de peso, as adolescentes demonstram insatisfação corporal com as mesmas regiões citadas pelas mulheres eutróficas, além das áreas do quadril, pernas, costas/ombros e até mesmo aspectos gerais do corpo, como tônus muscular e cabelo (CONTI; FRUTUOSO; GAMBARDELLA, 2005).

O elevado grau de insatisfação com o corpo, freqüente entre as adolescentes, pode predispor alterações no comportamento alimentar, cujo objetivo transita pelo desejo de modificar a forma do corpo de acordo com os ditames socioculturais (GRANILHO; JONES-RODRIGUEZ; CARVAJAL, 2005).

Um estudo com adolescentes do sexo feminino (n = 28) com idade entre 14 e 17 anos, mostrou que cerca de 83% das adolescentes que se percebiam como ‘gorda’ relataram já ter feito algum tipo de dieta para emagrecer. Na amostra como um todo, 32% das adolescentes já haviam experimentado a mesma conduta, indicando que a preocupação com a aparência corporal pode influenciar o consumo alimentar (BRAGGION; MATSUDO; MATSUDO, 2000).

Grigg, Bowman e Redman (1996), após observar elevado número de adolescentes femininas de 14 a 16 anos insatisfeitas com a imagem corporal na Austrália, identificaram que 57% de uma amostra de “n” igual a 853 garotas, faziam dietas consideradas não saudáveis e 36% utilizavam pílulas anorexígenas, diuréticos, laxantes, cigarro, além de dieta extremamente restritiva.

Estes relatos corroboram com o resultado do presente estudo ao mostrarem uma clara relação entre insatisfação com o corpo e comportamento alimentar anormal sugestivo de transtorno alimentar.

Os resultados obtidos pela regressão logística múltipla neste estudo, apontaram que a insatisfação com a imagem corporal foi a variável analisada que apresentou maior risco para o desenvolvimento dos sintomas de anorexia nervosa, na ordem de 16,7 (IC95%=1,14-2,46 e $p<0,0000$), apesar da faixa etária de 10 a 13 anos e freqüentar escolas públicas também se manifestarem como fatores de risco significativos para as adolescentes estudantes do ensino fundamental e médio de Florianópolis.

No estudo de Luz (2003), entre as variáveis dependentes analisadas (curso freqüentado, gênero, idade, IMC atual e desejado, insatisfação com a imagem corporal e nível de atividade física), a insatisfação com a imagem corporal foi a única variável significativamente associada à presença de sintomas de anorexia nervosa, representando risco na ordem de 22,5 (IC95%=8,58-59,19 e $p=0,000$).

Segundo Nunes e colaboradores (2001), a percepção do corpo influencia fortemente os comportamentos sugestivos de transtornos alimentares, seguido do IMC. Na sua pesquisa, o IMC esteve significativamente associado aos comportamentos alimentares anormais representando um fator de risco quando o modelo de regressão logística foi controlado pelos fatores demográficos e socioeconômicos. Entretanto, quando a variável auto-percepção do peso corporal foi adicionada ao modelo, o IMC não apresentou mais efeito sobre estes comportamentos. Com relação a variável auto-percepção da imagem corporal, as mulheres que se sentiam 'gorda' apresentaram risco para o desenvolvimento de comportamentos alimentares anormais na ordem de 4, aumentando para 4,5 quando foram inseridas no modelo as variáveis demográficas, socioeconômicas e IMC (IC95%= 2,88-7,01 e $p<0,0001$).

Percebe-se, portanto, a forte influência que os conceitos sobre a imagem corporal desempenham no desenvolvimento dos sintomas de anorexia nervosa ou nos comportamentos alimentares anormais sugestivos de transtornos alimentares.

Finalizando, os aspectos associados aos transtornos alimentares, como o conceito de beleza corporal, precisam ser visualizados no plano sociocultural. Sob o olhar antropológico, nas sociedades atuais, a imagem corporal é dada apenas pela dimensão do corpo biológico, desvinculado do corpo social e espiritual como nas sociedades indígenas. A moral e a ética coletiva estão desprendidas da beleza física. Os aspectos físicos e materiais são extremamente valorizados, submetendo os indivíduos a padrões de estética corporal efêmeros, ditados pelos conceitos da moda, e por muitos inatingíveis (VIERTLER, 2000 apud NAKAMURA, 2004).

7 CONCLUSÃO

- A prevalência de sintomas de anorexia nervosa, investigada por meio do EAT-26, foi 15,6% entre as adolescentes;
- A prevalência de insatisfação com a imagem corporal, identificada por meio do BSQ-34, foi 18,8% entre as adolescentes;
- O estado nutricional das adolescentes, segundo o IMC, foi caracterizado por 3,66% de baixo peso; 82,58% de eutrofia; 9,40% de sobrepeso e 4,36% de obesidade;
- A presença da menarca foi observada em 71,9% das adolescentes no momento da pesquisa. A idade mediana da menarca foi 12,33 anos, equivalente a cerca de 12 anos e 4 meses;
- O perfil socioeconômico das adolescentes caracterizou-se por mediana da renda per capita mensal igual a R\$ 333,33 e mediana da escolaridade paterna e materna igual a 11 anos de estudos completos;
- A presença de sintomas de anorexia nervosa entre as adolescentes investigadas esteve associada à idade das adolescentes (faixa etária de 10 a 13 anos); aos estados de sobrepeso e obesidade; à insatisfação com a imagem corporal e as escolas da rede pública de ensino;
- A presença de sintomas de anorexia nervosa entre as adolescentes investigadas não foi associada à presença de menarca; à renda per capita mensal e à escolaridade dos pais (paterna + materna) ou à escolaridade materna;
- Ter idade entre 10 e 13 anos, freqüentar a rede pública de ensino e estar insatisfeita com a imagem corporal foram condições consideradas de risco significativo para a

presença de sintomas de anorexia nervosa, quando analisados por meio da regressão logística múltipla;

- A insatisfação com a imagem corporal revelou ser o maior fator de risco para a presença de sintomas de anorexia nervosa entre as adolescentes estudadas, de acordo com as variáveis analisadas no modelo de regressão logística;

Outros estudos são necessários para explicar de que forma as características das escolas da rede pública de ensino atuam como fator predisponente para presença de sintomas de anorexia nervosa entre as adolescentes do município de Florianópolis. Foram testadas as relações entre rede pública de ensino e estado nutricional, e rede pública de ensino e satisfação com a imagem corporal, mas nenhuma foi significativa.

O estado nutricional, apesar de significativamente associado à presença de sintomas de anorexia nervosa estudado isoladamente, ao ser inserido na análise de regressão logística múltipla não contribuiu para a obtenção de um modelo explicativo. Verificou-se que parte das adolescentes com sobrepeso ou obesidade e ao mesmo tempo insatisfeita com a imagem corporal pontuou de forma insuficiente no EAT-26 para obter diagnóstico de sintomas de anorexia nervosa. Dessa forma, apresentar sobrepeso ou obesidade e estar insatisfeita com sua imagem corporal, ainda que estivessem frequentando escolas públicas durante a faixa etária dos 10 aos 13 anos, não seriam condições suficientes para explicar a manifestação dos sintomas de anorexia nervosa entre as adolescentes de Florianópolis.

Dessa maneira, outras variáveis, a exemplo do consumo alimentar, precisam ser exploradas nos novos estudos sobre esta temática. É indiscutível que a restrição alimentar, dada por uma dieta hipocalórica ou por prolongados períodos de jejum, é o fator precipitante

mais importante da anorexia nervosa. O estado nutricional, a realização de dietas e a adoção de outros comportamentos voltados à redução de peso pelos familiares próximos das adolescentes, especialmente a mãe, devem ter sua participação investigada na etiologia dos sintomas de anorexia nervosa e de outros transtornos alimentares.

Por outro lado, uma melhor compreensão da etiologia da anorexia nervosa também poderá ser alcançada por meio de investigações que busquem, sob um olhar emprestado da psicologia e da antropologia, uma visão reflexiva sobre o sujeito inscrito num meio coletivo, cujos valores e padrões de comportamentos são definidos socioculturalmente. Sem dúvida, estudos sobre a supervalorização da imagem corporal feminina, definida esteticamente por um corpo magro, agregariam uma nova riqueza de conhecimentos.

Enfim, os resultados dessa pesquisa já fornecem subsídios para o planejamento de programas de educação nutricional que deveriam atingir crianças no final da infância, adolescentes, professores do ensino fundamental e médio e os pais. Estes programas devem ter como objetivos: promover mudanças nos conceitos de imagem corporal, aumentar o conhecimento sobre nutrição, conscientizar a cerca dos prejuízos que os comportamentos assumidos para redução de peso podem desencadear a saúde, além de orientar para escolhas alimentares mais saudáveis.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, M.M.; LAMOUNIER, J.A.; COLOSIMO, E.A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das Regiões Sudeste e Nordeste. **Jornal de Pediatria**, v.78, n.4, p.335-340, 2002.

ALMEIDA, G.A.N. et al. Percepção do tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.1, p.27-35, 2005.

ANSTINE, D; GRINENKO, D. Rapid screening for disordered eating in college-aged females in the primary care setting. **Journal of Adolescent Health**, v.26, n.5, p.338-342, 2000.

ANTUNES, P. C. As imagens do corpo feminino refletidas nos espelhos das mídias. **Motriciência**, Ano XIII, n.18, p.131-142, 2002.

APA American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV**. 4.ed.Washington, 1994.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22, p.28-31, 2000. Suplemento 2.

ARAÚJO, C. L. C.; VANZELLOTTI, I. R.; LEMOS, J. I.; **Stedman Dicionário Médico**. Tradução: Maria de Fátima Azevedo. 25. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 1996. p.634.

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

ASSUMPCÃO, F. B. A questão da beleza ao longo do tempo. In: BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia, obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004, cap.1, p.1-12.

BECKER, A.E. et al. Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic fujian adolescent girls. **The British Journal of Psychiatry**, v.180, p.509-514, 2002.

BECKER, A.E. et al. Eating disorders. **The New England Journal of Medicine**, v.340, n.14, p.1092-1098, 1999.

BENAVENTE, M.D. et al. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares, **Atención Primaria**, v.32, n.7, p.403-409, 2003.

BERGSTRÖM, E.; STENLUND, H.; SVEDJEHÄLL, B. Assessment of body perception among swedish adolescents and young adults. **Journal of Adolescent Health**, v.26, n.1, p.70-75, 2000.

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.

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

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

BUDDEBERG-FISCHER, B.; KLAGHOFER, R.; REED, V. Associations between body weight, psychiatric disorders and body image in female adolescents. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v.68, p.325-332, 1999.

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.

CARVALHO, C. M. R. G.; NOGUEIRA, A. M. T.; TELES, J. B. M. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular de Terezinha, Piauí, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, n.2, p.85-93, 2001.

CASTILHO, S.M. **Imagem corporal nos transtornos alimentares**. São Paulo, 1999. 183f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1999.

CASTILHO, S.D; FILHO BARROS, A. A. Crescimento pós-menarca. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.44, n.3, p.195-204, 2000.

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

CDC/NCHS - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/ NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. **CDC Growth Charts**: United States, 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthcharts>>. Acesso em: 24 set. 2003.

CLAUDINO, A. M.; BORGES. M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p.7-12, 2002. Suplemento 3.

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

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.

COOPER, P.J.; GOODYER, I. Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. **British Journal of Psychiatry**, v.171, p.542-544, 1997.

CORDÁS, T. A. Questionário de Imagem corporal – versão para mulheres. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. (Ed.). **Escalas 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.; CLAUDINO, A. de M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, p.3-6, 2002. Suplemento 3.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.26, n.1, p.41-47, 2002.

CORDÁS, T. A.; WEINBERG, C. Santas Anorexias na história do Ocidente: o caso de Santa Maria Madalena de Pazzi. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.3, p.157-158, 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.

DEVLIN, M.J; ZHU, A.J. Body image in the balance. **Journal of the American Medical Association**, v.286, n.17, p.2159, 2001.

DONATO, A. et al. Obesidade. In: BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia, obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004, cap.16, p.329-366.

DUARTE, M. F. S. Maturação física: uma revisão da literatura, com especial atenção à criança brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, p.71-84, 1993. Suplemento 1.

DUCHESNE, M. et al. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.265, n.1, p.107-117, 2004.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Sintomas de anorexia em adolescentes de São Paulo e propostas de intervenção. In: PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri, SP: Manole, 2004, cap.10, p.163-176.

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.

EISENSTEIN, E. et al. Nutrição na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, p.263-274, 2000. Suplemento 3.

FALCETO, O. G. et al. Anorexia nervosa: querem que eu viva? **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v.15, n.1, p.11-16, 1993.

FAVORO, A.; FERRARA, S.; SANTONASTASO, P. The spectrum of Eating Disorders in Young Women: a prevalence study in a general population samples. **Psychosomatic Medicine**, v.65, p.701-708, 2003.

FEIJÓ, O. G. **Psicologia para o esporte: corpo & movimento**. 2 ed. Rio de Janeiro: Shape, 1998. 185p

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, v.14, p.3-6, 2001. Suplemento.

FIELD, A.E. et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. **Pediatrics**, v.112, n.4, p.900-906, 2003.

FIGUEIRA, I. et al. O sofrimento da feiúra imaginária – Transtorno dismórfico do corpo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.42, n.6, p.303-312, 1993.

FISCHER, M. et al. Eating disorder in adolescents: a background paper. **Journal of Adolescent Health Care**, v.16, n.6, p.420-437, 1995.

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

FREITAS, G. G. **O esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade**. Ijuí: UNIJUÍ, 1999, cap.1, p.15-32.

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

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

GARNER, D.M. et al. Eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, v.12, p.871-878, 1982.

GRANILLO, T.; JANES-RODRIGUEZ, G.; CARVAJAL, S.C. Prevalence of eating disorders in Latina adolescents: associations with substance use and other correlates. **Journal of Adolescent Health**, v.36, p.214-220, 2005.

GRIGG, M.; BOWMAN, J.; REDMAN, S. Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. **Preventive Medicine**, v.25, p.748-756, 1996.

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

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.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 09 ago. 2004.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Transtornos alimentares. In: _____. **Compendio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução: Dayse Batista. 7.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997, cap.22, p.648-656.

KNIJNIK, J. D.; SIMÕES, A. C. Ser é ser percebido: uma radiografia da imagem corporal das atletas de handebol de alto nível no Brasil. **Revista paulista de Educação Física**, v.14, n.2, p.196-213, 2000.

LANTZOUNI, E. et al. Reversibility of grow stunting on early onset anorexia nervosa: a prospective study. **Journal of Adolescent Health**, v.31, n.2, p.162-165, 2002.

LAMOUNIER, J.A.; ABRANTES, M.M. Prevalência de obesidade e sobrepeso na adolescência no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.13, n.4, p.275-284, 2003.

LUZ, S. S. **Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em universitários de Belo Horizonte**. São Paulo, 2003.100f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêutica, Universidade de São Paulo.

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

MALONEY, M.J. et al. Dieting behavior and eating attitudes in children. **Pediatrics**, v.84, n.3, p.482-489, 1989.

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.

MARÍN, V. Transtornos de la conducta alimentaria em escolares y adolescentes. **Revista Chilena de Nutrição**, Santiago, v.29, n.2, p.86-91, 2002.

MATOS, M. I. R. et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.4, p.165-169, 2002.

MITRANY, E. et al. Eating disorders among jewish female adolescents in Israel: a 5 year study. **Journal of Adolescent Health**, v.16, n.6, p.454-457, 1995.

MORANDÉ, G.; CELADA, J.; CASAS, J.J. Prevalence of eating disorders in a spanish scholl-age population. **Journal of Adolescent Health**, v.24, n.3, p.212-219, 1999.

MORETTI, E.; ROVANI, I. M. Os sentimentos dos adolescentes em relação à imagem corporal. **Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo**, Passo Fundo (RG), 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, p.18-23, 2002. Suplemento 3.

MUNSON, M. T. A “cultura da manequim”, anorexia nervosa e bulimia: uma reflexão antropológica sobre cultura e doença. Florianópolis, 1998. 93f. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

MUST, A.; DALLAL, G.E.; DIETZ, W.H. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.53, p.839-846, 1991.

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

NELSON, W.L. et al. Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students. **Adolescence**, n.34, n.135, p.621-633, 1999.

NEUMÄRKER, K.J. et al. The Eating Attitudes Test: comparative analysis of female and male students at the Public Ballet School of Berlin. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v.7, n. 1, p.19-23, 1998.

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

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

OHZEKI, T. et al. Eating Attitudes Test in boys and girls aged 6-18 years: decrease in concerns with eating in boys and the increase in girls with their ages. **Psychopathology**, v.26, p.117-121, 1993.

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

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

PARISOTTO, L. et al. Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: interação dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.25, p.75-87, 2003.

PASTORE, D.R.; FISHER, M.; FRIEDMAN, S.B. Abnormalities in weight status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. **Journal of Adolescent Health**, v.18, n.8, p.312-319, 1996.

PÉREZ-GASPAR, M. et al. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. **Medicina Clínica**, v.114, n.13, p.481-486, 2000.

PETROSKI, E.L. **Antropometria – Técnicas e padronizações**. Porto Alegre: Gráfica Editora Palloti, 1999. 144 p.

PINHAS, L. et al. The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. **International Journal of Eating Disorders**, v.25, n. 2, p.223-226, 1999.

PIRES, M. C. **Crescimento, composição corporal e estilo de vida de escolares no município de Florianópolis – SC, Brasil**. Florianópolis, 2002. 120f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

RIBEIRO, K. M. N. Genética e transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia, obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004, cap.9, p.205-209.

RITTER, C. G.; BONALUME, A. Anorexia nervosa. In: CATALDO A. N.; GAUER, G. J. C.; FURTADO, N. R. (Org.). **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, cap.82, p.551-515.

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

ROJO, L. et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. **International Journal of Eating Disorder**, v.34, p.281-291, 2003.

ROSEN, J.C et al. Body Shape Questionnaire: Studies of Validity and Reliability. **International Journal of Eating Disorder**, v.20, n.3, p.315-319, 1996.

SÁ, R. S. **Do corpo disciplinar ao corpo vibrátil: uma abordagem libertária contemporânea**. Rio de Janeiro: Achiamé. 2003. 167p.

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

SALLES, R.K.; KAZAPPI, I.A.M.; Di PIETRO, P.F. Ocorrência de obesidade em adolescentes da rede de ensino do município de Florianópolis. In: Simpósio de Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência, 2000, Salvador. **Anais do Simpósio de Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência**. Salvador: Instituto Danone, 2000, p.235.

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.

SANTONCINI, C. U. et al. Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos: dados en población estudiantil del Distrito Federal. **La Revista de Investigación Clínica**, v.52, n.2, p.140-147, 2000.

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

SIGULEM, D.M; DEVINCENZI, M.U; LESSA, A.C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**, v.76, p.275-284, 2000. Suplemento 3.

STICE, E. et al. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: na examination of mediating mechanisms. **Journal Abnormal Psychological**, v.103, n.4, p.836-840, 1994.

STROBER, M. et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. **American Journal Psychiatry**, v.157, n.3, p. 393-401, 2000.

TAVARES, C. H. F. et al. Idade da menarca em uma comunidade rural do sudeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.709-715, 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.

VERRI, A.P. et al. La televisione e i disturbi del comportamento alimentare: u'indagine in età adolescenziale. **Minerva Pediátrica**, v.49, n.6, p.235-243, 1997.

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

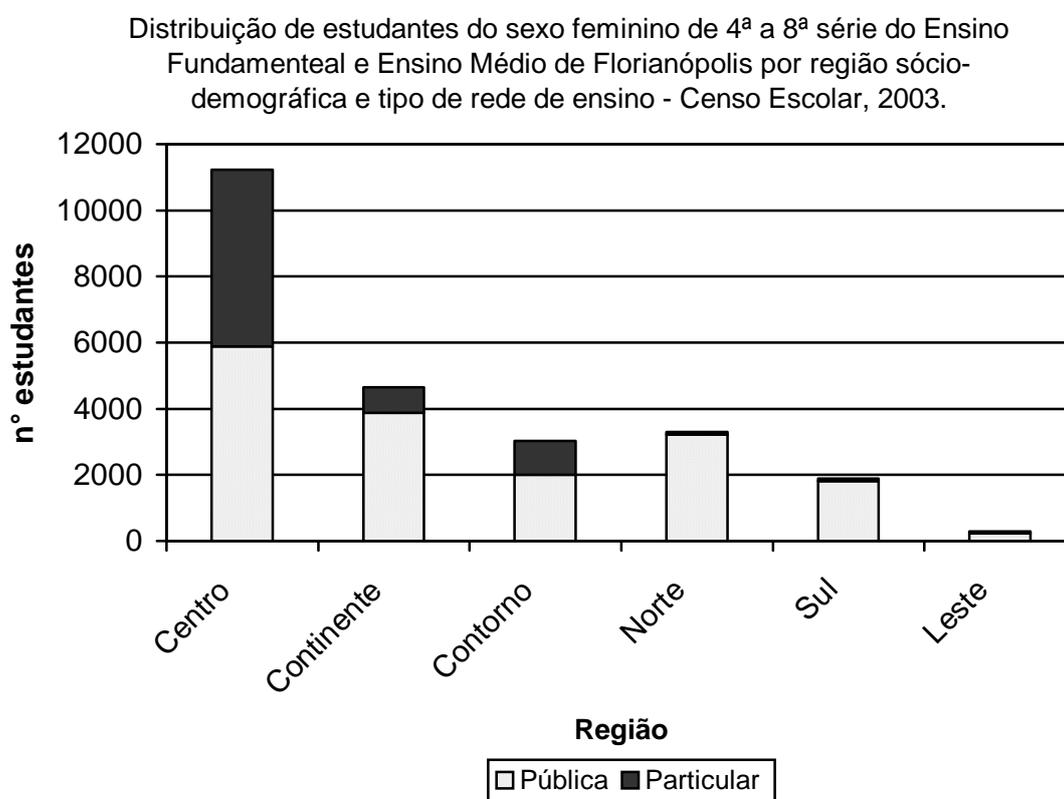
VILELA, J.E.M. et al. Avaliação do comportamento alimentar em crianças e adolescentes de Belo Horizonte. **Psiquiatria Biológica**, v.9, n.3, p.121-130, 2001.

VITALLE et al. Índice de massa corporal, desenvolvimento puberal e sua relação com a menarca. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n.4, p.429-433, 2003.

WANG, Y.; MONTEIRO, C.; POPKIN, B.M. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.75, p.971-977, 2000.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A – Distribuição das adolescentes matriculadas no ensino fundamental (4ª a 8ª série) e no ensino médio de acordo com a rede de ensino e as regiões sócio-demográficas do município de Florianópolis, SC.



9.2 APÊNDICE B – Relação das instituições de ensino selecionadas conforme tipos de ensino e as regiões sócio-demográficas do município de Florianópolis, SC.

REGIÃO	INSTITUIÇÕES SELECIONADAS	
	Ensino Fundamental	Ensino Médio
Centro	Rede Privada	Rede Privada
	1 Escola Autonomia	1 Escola Autonomia
	2 Colégio Barddal	2 Colégio Barddal
	3 Colégio Santa Catarina	3 Curso e Colégio Lavoisier
	Rede Pública	Rede Pública
	1 EEB Getúlio Vargas	1 EEB Getúlio Vargas
2 Instituto Estadual de Educação	2 Instituto Estadual de Educação	
3 EBF Júlio da Costa Neves		
Continente	Rede Privada	Rede Privada
	1 Centro Educacional Criativo	1 Colégio Adventista
	2 Colégio Antônio Peixoto	2 Colégio Antonio Peixoto
	3 Colégio Adventista	
	Rede Pública	Rede Pública
	1 EEB Prof ^o Aníbal Nunes Pires	1 EEB Prof ^o Aníbal Nunes Pires
2 EEB Irineu Bornhausen	2 EEB Pres Roosevelt	
3 EEB Pero Vaz de Caminha		
Norte	Rede Privada	Rede Privada
	1 Centro de Educação Santa Terezinha	1 -----
	2 -----	2 -----
	3 -----	
	Rede Pública	Rede Pública
	1 EB Paulo Fontes	1 EEB Intendente José Fernandes
2 EEB Intendente José Fernandes	2 EEB Prof ^a Laura Lima	
3 EEB Prof ^a Laura Lima		
Sul	Rede Privada	Rede Privada
	1 Escola da Fazenda	1 -----
	2 Escola Engenho LTDA	2 -----
	3 Escola A Nova Dimensão	
	Rede Pública	Rede Pública
	1 EEF Tenente Almachio	1 EE Tenente Almachio
2 EEF Ildefonso Linhares	2 EEB Ildefonso Linhares	
3 EEF Severo Honorato da Costa		

9.3 APÊNDICE C – Questionário de coleta de dados.

9.4 APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido enviado aos pais das adolescentes selecionadas.

9.5 APÊNDICE E – 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
 Mestranda - UFSC

Prof. Dr. Francisco de A. G. de Vasconcelos
 Orientador

CONSENTIMENTO

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

Assinatura: _____

Florianópolis, ____/____/____.

10 ANEXO

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